Résumés des Interventions
Journée thématique sur les
Activités Physiques Adaptées
11 mai 2001

Faculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port

Université de **V**alenciennes et du **H**ainaut **C**ambrésis

Activités physiques pour
personnes âgées

Actes réalisés par :

Eric Watelain : ☏ 03-27-51-14-93 🖷 03-27-51-13-16 ✉ eric.watelain@univ-valenciennes.fr

Pour plus d'information sur l'évènement

http://www.multimania.com/sportetepsprtous/congres.html

Partenaires scientifiques, financiers et matériel.

Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis, 59313 Handicapées

Faculté des Sciences et des Métiers du Sport de l'UVHC

Solidarité aux Personnes âgées et aux personnes

Etablissement les Vergers Tellier 59530 Le Quesnoy

Association Sport et Education Physique pour Tous, 59300 Valenciennes

Ville de Le Quesnoy (59530)

Emmaus – Hainaut 59790 Odomez

Institut Régional de Recherche sur le Handicap 59000 Lille

Le Relais Handicap de l'Université de Valenciennes

Association Sportive des Handicapés du Hainaut Valenciennes.

Ville de Valenciennes

1er journée thématique sur les Activités Physiques Adaptées

PROGRAMME

8h30 - Accueil des participants

9h - Discours d'introduction, *Mr le Prof.* C. Delebarre,
Vice-président de l'Université de Valenciennes, Chargé de la recherche (INV 1)

9h10 – Discours d'introduction, *Mr Pilette J., directeur de la FSMS (INV 1)*

9h20 - Lexique médical du Handicap, *Mme le Dr Démoutiez C., IME de Douai (INV 2)*

9h35 – Stigmates et handicap : le regard de l'autre, *Mr Passavant E., MC, FSMS, Valenciennes (INV 3)*

9h55 - EPS et APS dans l'éducation spécialisée *Mr P. Nagel, IUFM/AIS de Lille (INV 4)*

10h20 - Bases physiologiques du réentrainement à l'effort, Mr le Dr Kemoun, chef de service au centre ELAN, Wattrelos (INV 5)

10h40 – *La Fédération Française de Retraite sportive,* Mr le Dr C. Guyot,
Médecin Fédéral FFRS (INV 6)

11h – Dégustation gastronomique *de spécialités de l'Avesnois offertes par "les Vergers Tellier", Le Quesnoy*

11h30 - Séance posters

Le Basket en fauteuil (P1)
(R. Carpentier, Conseillère Technique Régional Handibasket)

Les thérapies corporelles : de l'action pour se retrouver (P2)
(D. Delplanque, C. Dairay & B. Gibour, Unité d'Alcoologie Clinique, CH de Saint Amand Les Eaux)

Le sport tremplin de l'integration sociale (P3)
A. Potteau (Professeur d'EPS, IME « Jean Stivenard », 59722 DENAIN)

Les Activités Physiques et Sportives au Centre Léonce Malecot (P4)
M. Chehjh (Moniteur de Sport, Centre Léonce Malecot IME, 62300 LENS)

L'équithérapie ou équitation adaptée à visée ludique et thérapeutique (P5)
T. Danjou & V. Crepin (Etudiants en Licence STAPS, FSMS, Université de Valenciennes)

L'Activité Physique Adaptée Judo (P6)
G. Samain (Etudiant en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes)

L'Activité Physique Adaptée Foot-Fauteuil Electrique (P7)
E. Visee & R. Visee (Etudiants en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes)

L'activité Physique Adaptée Escrime (P8)
J. Matthieu & D. Lefebvre (Etudiants en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes)

L'activité Physique Adaptée Cecifoot handisport (P9)
M. Pecriaux & B. Schuller(Etudiants en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes)

Réalisation d'un logiciel de conception et de suivi de circuit training pour sujets atteints de troubles cardio-respiratoires (P10) (*C. Tixier, Etudiante EIGIP & Eric Watelain, LAMIH, Université de Valenciennes*)

L'aviron au centre d'un projet d'intégration à long terme (P11)
(P. Roger, Etudiante Maitrise STAPS et VUC)

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes,* ***11 mai 2001

Projets de développement des activités de loisirs aériens pour personnes handicapées à la base de Maubeuge – Elesmes (P12) *(E. Schillers, Agent de développement CAM Val de Sambre)*

Mise en place d'Activités Physiques Adaptées au service pédiatrique de l'Hôpital de Valenciennes (P13)
(F. Louf, Etudiante en Maîtrise STAPS, Eric Watelain, FSMS, Université de Valenciennes, Debray, CHV, Chef de Service de Pédiatrie)

"Mode d'emploi" de l'intégration en EPS d'enfants handicapés moteur dans le secondaire (P14)
(S. Thorel, Professeur d'EPS)

Mise en place d'activités sportives Au sein du service de rééducation de l'hôpital de valenciennes (P15)
(C. Dastot, Maitrise STAPS, Professeur des écoles & Eric Watelain, FSMS, Université de Valenciennes)

Les APA au centre ELAN de l'Hôpital de Wattrelos (P16)
(*Guillaume Duvivier, Gilles Kémoun, Centre Elan Hôpital de Wattrelos, Eric Watelain FSMS, Université de Valenciennes)*

Handicap et activités à sensation (P17)
CAT, Quartier des Sablières, 38840 Saint-Lattier

Les ateliers du Val de Sambre (P18)
Gillot Delphine & Rives Delphine, CAT, les Ateliers du Val de Sambre, 143 rue de Boussieres, 59330 Hautmont

12h - La Fédération Française Handisport, *Mr J.C. Poidevin & M. Tremerie, Comité Régional Handisport (INV 7)*

12h20 - La Fédération Française de Sport Adapté, Mr *Dewaele H. Comité Régional de la FFSA (INV 8)*

12h40 - Les formations STAPS en APA, *Mr Watelain, MC, FSMS, Valenciennes (INV 9)*

13h – Repas

14h – Retour d'expériences

L'insertion des personnes handicapées au VUC (RE 1)
(P. Roger, Etudiante en maîtrise STAPS et VUC)

Quand haute performance rime avec intimité : Le Triathlon handisport (RE 2)
(O. Desmet, champion du monde de triathlon)

Le Relais Handicap à l'Université de Valenciennes (RE 3)
C. Minisini, Relais Handicap, Université de Valenciennes, le Mont Houy, 59300 Valenciennes

L'A.S.H.H.V. : vers l'autonomie par le sport (RE 4)
(*M.T. Ghrislain, présidente de l'ASHHV*)

La préparation des JO de Sydney en natation handisport (RE 5)
(S. Paillette, 3 finales au JO de Sydney Handisport, Natation)

Autisme et activités physiques d'expression (RE 6)
(Hervez Luc, Metteur en scène, Association QUANTA, Ferme petit près, 59650 Villeneuve d'Asq)

Les APA au centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de la Rougeville (RE 7)
(I. Violau, CRF la Rougeville, 59880 St Saulve)

Retour d'expérience d'un sportif de haut niveau en natation handisport (RE 8)
(S. Paillette, Section Handisport du LUC, 59000 Lille)

Educateurs médico-sportifs au service d'endocrinologie et métabolismes (RE 9)
(F. Lauryns & S. Olivier R. Bresson Centre Hospitalier de Douai, Pathologies Endocriniennes - Diabète - Lipides - Nutrition – Obésités, 59507 DOUAI CEDEX)

Les nouvelles orientations des APA dans le domaine hospitalier (RE 10)
(C. Bouron, & A. Thevenon, Service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnel au CHRU de Lille)

16h - Pause Café

16h30 - Recherches scientifiques

Equilibre et entraînement des seniors déments et chuteurs (RS 1)
(C. Toulotte, C. Fabre, B. Dangremont, LEMH-FSSEP, Lille II, Thevenon A. CHRU de Lille)

Perception et intensité physiologique de l'effort chez des patients dyspnéiques: Comparaison APA / Rééducation (RS 2)
(G. Kemoun, CH Wattrelos & E. Watelain, Université de Valenciennes)

Les effets de la pratique sportive sur le vieillissement des processus de coïncidence temporelle: Compensation ou préservation ? (RS 3), *(R. Lobjois, N. Benguigui, J. Bertsch., CRSS, Orsay)*

Intégration de cavaliers déficients intellectuels en reprise d'Equitation (RS 4)
(*D. de la Rouviere, FSMS, Université de Valenciennes & Eric Watelain, LAMIH, Université de Valenciennes)*

Activité physique et diabète (RS 5)
(N. Rouget, E. Mauclaire, A Dupont, Dr Donzé, Dr Delecourt & Pr Debroucker, Hôpital Saint Philibert, Lomme)

Eléments de comparaison des performances de haut niveau valides et handisports (RS 6)
(E. Watelain, MC, STAPS Valenciennes)

19h - Visite des Remparts *et des souterrains de Le Quesnoy,*
offerte par l'Office du Tourisme de le Quesnoy

20h - Banquet *aux établissements "Les Vergers Tellier"*

Renseignements : eric.watelain@univ-valenciennes.fr

Discours d'Introduction

Monsieur le Professeur C. Delebarre,

Vice-président de l'Université de Valenciennes, Chargé de la recherche.

C'est avec un grand plaisir que je souhaite accueillir à l'Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis les participants à cette première journée thématique sur les Activités Physiques Adaptées. Même si notre université n'est plus à proprement parler une jeune université, certains de ses pôles de développement en recherche comme le Sport et le Handicap, demeurent relativement récents mais présentent des spécificités très intéressantes.
Citons notamment les thèmes de recherche sur :

- les scolioses graves,
- l'accessibilité aux véhicules, ou encore,
- le portage des sacs à dos…
-

C'est ainsi que l'UVHC soutient activement cette manifestation qui fait le lien entre les activités de Formation et de Recherche dans un secteur où l'être humain est particulièrement concerné.
Je souhaite que cette journée soit l 'occasion de fructueux débats et suis persuadé que les conclusions de cette manifestation seront l'occasion de pérenniser ce type d'événement scientifique de qualité consacré aux Activités Physiques Adaptées.

Monsieur J. Pilette,

Directeur de la Faculté des Sciences et des Métiers du Sport de l'Université de Valenciennes.

Curieuse appellation que ces activités physiques adaptées (APA) qui veut désigner une forme de pratique pour un public particulier. Toutes les activités physiques ne sont-elles pas adaptées aux possibilités des hommes ? Même si nous savons qu'il ne s'agit là que d'une simple désignation de spécialisation pour les futurs cadres sportifs ou les chercheurs, les activités physiques dites adaptées constituent un vaste champ d'investigation dans le domaine des sciences du sport. Si on en juge par le nombre de formation en APA existant déjà en France dans les UFR STAPS, cette spécialisation semble constituer un attrait de choix pour un grand nombre d'étudiants. De nombreux travaux de recherche ont déjà été réalisés et des publications riches et abondantes ont concrétisé cette fulgurante ascension. Les multiples symposium, colloques, conférences… témoignent aussi de ce franc succès. La FSMS s'intègre dans cette dynamique nationale et internationale par les travaux qu'elle mène dans le domaine ; et par ailleurs, en demandant une habilitation à délivrer les diplômes de licence et maîtrise dans cette spécialité pour les années 2002 et 2003, ainsi qu'un diplôme de troisième cycle à partir de la rentrée 2004. Mais sans attendre cette concrétisation, la FSMS organise cette première journée thématique sur les APA et mettra tout en œuvre pour pérenniser cette manifestation et lui permettre de trouver rapidement sa place parmi les évènements de qualité consacrés aux activités physiques **adaptées.**

Monsieur E. Watelain

Organisateur de la 1er journée thématique sur les APA de Valenciennes
Maître de Conférence à la Faculté des Sciences et des Métiers du Sport de l'Université de Valenciennes.

Je remercie vivement, l'Université de Valenciennes, représentée par Monsieur le Professeur C. Delebarre, et la FSMS représentée par Monsieur J. Pilette pour le soutien apporté tant du point de vue financier, que matériel et humain à l'organisation de cette journée. Sans cette aide précieuse, et malgré la contribution d'autres partenaires et amis que vous découvrirez au cours de cette journée, celle-ci n'aurait très certainement pas pu avoir lieu. Juste quelques mots pour rappeler l'esprit de cette journée. Elle se veut à la fois : i) l'occasion d'une journée formative pour les étudiants (dont certains vont avoir l'occasion de présenter leur travail), ii) mais également un lieu d'échange sur des actions de terrains menées par des professionnels, iii) et enfin l'occasion de présenter quelques travaux de recherche en activité physique adaptée. Le développement et la promotion des APA, qui nous réunis tous aujourd'hui, nous semble passer par ces trois fondamentaux : **la formation**, **l'intervention** et **la recherche** dans un contexte convivial. Créer des liens solides et des échanges structurés entre ces trois domaines ne peux que contribuer et dynamiser ce champ spécifique des Activités Physiques Sportives et Artistiques que constituent les APA.

Petit lexique du handicap

Docteur Corinne DEMOUTIEZ,

IEM Amédée Fougerousse, DOUAI *03 27 88 87 57* ***& SESSD APF, Valenciennes*** *03 27 30 52 70*

1°- HISTORIQUE

- Le terme Handicap est né en ANGLETERRE au XIX^{ème} siècle. Il vient de l'expression "Hand in cap" qui représente la pénalité qui était imposée à la plus forte des deux équipes dans les jeux collectifs et ceci afin d'équilibrer la partie. C'est dans ce même sens que l'on retrouve ce terme. de nos jours dans certaines courses de chevaux. Ainsi, à son origine, ce terme désignait donc les plus forts…

2 - DE NOS JOURS,

et sur le plan médical, ce terme désigne une infirmité qui met quelqu'un en situation d'infériorité.

En 1980, l'organisation mondiale de la santé distingue trois niveaux de l'atteinte :

Déficience correspond à l'atteinte anatomique résultant de la lésion initiale (ex: pour un amputé : perte de segment(s) corporel(s)

l'incapacité représente la difficulté fonctionnelle qui en découle (ex : pour ce même amputé : difficulté voire impossibilité de marcher de se déplacer, de courir, de sauter)…

Le désavantage est encore plus large. Il correspond au préjudice vécu en regard de la situation du sujet. (ex: si cet amputé était auparavant employé de bureau et vivait dans un logement de plain-pied, il reviendra sans trop de difficulté a *Sa* vie antérieure après l'accident. A l'inverse, si cet amputé était gendarme et vivait dans un appartement au troisième étage sans ascenseur, il devra vraisemblablement déménager et être reclassé. Ce désavantage dépend, bien sûr, de l'état antérieur du sujet et de l'environnement dans lequel il évolue. Ainsi à déficience identique, le désavantage de situation sera bien différent et le handicap vécu sera plus ou moins lourd.

3° Diverses étiologies peuvent être à l'origine du handicap :

- Congénitale ou néonatale (Infirmité motrice cérébrale suite à une grossesse ou à un accouchement traumatique par exemple)

- Médicale (polyarthrite. rhumatoïde. sclérose en plaque. accident vasculaire cérébral...).

- Chirurgicale/traumatique :

    * accident de la voie publique (avec ou sans tiers responsable).

    * accident de loisir (plongeon en eau peu profonde, équitation, parapente...).

    * accident du travail (chute d'un toit...)

4 - DIFFERENTES INSTITUTIONS SONT CHARGEES DE STATUER EN CAS DE HANDICAP

* Avant 20 ans : la C.D.E.S. ou Commission d'Education Spéciale: elle propose une orientation vers un établissement scolaire, remet la carte d'invalidité et attribue l'A.E.S. ou Allocation d'Education Spéciale.

* Après 20 ans : il s'agit de la COTOREP ou Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel dont les attributions sont similaires, l'Allocation porte le nom d'A.A.H. ou Allocation Adulte Handicapé et est attribuée en l'absence de toute autre couverture sociale (pension d'invalidité s'il s'agissait d'un accident de travail par exemple),

* Enfin, l' A.C.T.P .ou Allocation Compensatrice Tierce Personne créée pour couvrir les frais supplémentaires occasionnés par le recours à une tierce personne.

5° AU TOTAL :

Le handicap recouvre des réalités physiques, intellectuelles et financières extrêmement variées qui conditionnent le "regard de l'autre"…

Stigmates et handicap : le regard de l'autre.

E. Passavant
Maître de Conférences, FSMS, Université de Valenciennes

La présence comme problème.

En préparant cette communication, je me suis rappelé une discussion avec un étudiant qui souhaitait réaliser un stage dans un grand centre de rééducation fonctionnelle en Bretagne. Il me faisait part de ses angoisses : n'ayant jamais été en contact avec des handicapés physiques, il craignait sa maladresse, avait peur de ne pas adopter la bonne attitude, de blesser par trop d'attention ou en réaction à cet élan de paraître indifférent. Bref, il avouait ce que tout le monde a ressenti un jour : la gène face au handicap.

Il est fort probable que cette angoisse ait une justification psychologique profonde. Malheureusement, je n'ai pas les compétences pour vous en parler. Ce que j'aimerai évoquer, c'est qu'elle peut aussi être analysée d'un point de vue sociologique. Dans "*Stigmates*" (Ed. de Minuit, 1975, 1er éd. 1963), E. Goffman (1922-1982) étudie comment certaines différences sont socialement constituées comme des déficiences. Il s'intéresse tout particulièrement aux stratégies que les personnes handicapées doivent mettre en œuvre pour gérer une identité toujours potentiellement discréditée à l'occasion de situation sociale mixte, lors d'une rencontre avec un individu dit "*normal*".

Définition du stigmate.

Pour E. Goffman, le stigmate émerge quand, au cours d'une interaction, se produit une "*différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions*" (p. 15). C'est un attribut qui jette le discrédit et entraîne une disjonction entre l'identité sociale virtuelle et l'identité sociale réelle d'un individu. Ces stigmates, visibles ou invisibles, sont de trois types :

- les monstruosités du corps, les diverses difformités ;
- les tares du caractère que l'on attribue à un individu parce que l'on sait qu'il est ou a été mentalement dérangé, emprisonné, drogué, alcoolique, suicidaire, prostitué… ;
- les stigmates tribaux comme la race, la nationalité, la religion, qui peuvent se transmettre de génération en génération et contaminer tous les membres d'une famille.

La notion de stigmate est donc plus large que celle de handicap dans la mesure où elle est plus attachée à une composante sociale et relationnelle que médicale ou physiologique.

La gestion du stigmate en dehors des interactions.

En dehors de l'interaction, les individus "*normaux*" ont toujours tendance à refuser aux stigmatisés l'appartenance à une commune humanité. Jugés comme potentiellement dangereux, ils sont affublés d'une série d'imperfections ou au contraire de qualités surnaturelles (comme un 6e sens). Ce point de vue, émis dans les années 1960, peut paraître dépassé. Il est vrai que les associations de défense ont beaucoup œuvré pour la reconnaissance des divers handicaps. Mais il suffit d'écouter la manière dont on parle à une personne handicapée physique ou ce qui a été dit sur les homosexuels lors des débats sur le PACS pour se rendre compte de l'actualité de ces constructions identitaires virtuelles.

La manière dont les stigmates sont assumés est très variable. Ils peuvent entraîner une cassure entre ce que l'individu perçoit de lui-même et l'image qu'on lui renvoie. C'est la phase où il apprend à connaître le point de vue des "*normaux*" et où il comprend qu'il n'y correspond pas. Cette cassure se prolonge par des diverses aspirations :

- une haine de soi-même, un mépris qui peut aller jusqu'au repli, à l'isolement dans une angoisse agressive ;
- le désir de corriger le fondement objectif de la déficience. Les individus dans cette situation sont sensibles aux sirènes de charlatans en tout genre ;

- la volonté d'améliorer sa condition en cherchant à maîtriser certains domaines d'activités. C'est l'exemple de la personne handicapée physique qui va réaliser des prouesses sportives au prix d'un entraînement intensif ;
- une coupure totale avec la réalité dans laquelle le handicapé va interpréter le personnage attaché à son identité virtuelle.

Le stigmate peut aussi être utilisé pour de petits profits, comme par exemple justifier des insuccès. Il devient le crochet sur lequel toutes les insuffisances sont suspendues. Il peut être vécu comme une bénédiction déguisée, une souffrance source d'apprentissage. Dans ce cas, les frontières entre "*normaux*" et stigmatisés sont redéfinies, par exemple avec la découverte de toutes les tares masquées des individus "*normaux*".

La gestion du stigmate lors d'interactions mixtes récentes.

Les situations sociales mixtes produisent des interactions flottantes et angoissées qui génèrent de la gène et du déplaisir. Le stigmatisé ne sait jamais comment il va être identifié et accueilli par le "*normal*", quelle sera l'attitude d'une nouvelle connaissance. Ainsi, il a le sentiment de toujours ignorer ce que les autres pensent de lui. Derrière la gentillesse peut se cacher de la pitié ou une morbide curiosité. Il a tendance à se sentir toujours en représentation, obligé de contrôler l'impression qu'il produit. Il a le sentiment que les schémas habituels d'analyse du quotidien ne tiennent plus : des réussites insignifiantes deviennent des évènements, des petits échecs ou des incongruités accidentelles sont interprétés comme l'expression du stigmate. En réaction, il adopte un comportement pris entre deux pôles : entre la volonté "*de se faire tout petit*", de dissimuler le stigmate et un air de bravade agressive. De son côté, l'individu "*normal*" développe le sentiment que le stigmatisé est soit trop agressif, soit trop embarrassé. Il a peur d'outrepasser ses sentiments, de paraître plus attendri qu'il n'est vraiment. Il craint d'offenser en exigeant l'impossible. Pris dans cette contradiction, la tentation est forte de traiter le stigmatisé comme une non-personne, de le rendre absent en tant qu'individu auquel il convient de prêter une attention rituelle. A mesure que les relations se resserrent, cette vision s'atténue et cède la place à un processus de normalisation, à l'estimation réaliste des qualités personnelles réciproques.

Intérêts et limites de l'approche interactionniste.

E. Goffman analyse les formes de management de l'identité discréditée au-delà de ces interactions récentes. Il montre également comment et dans quelles conditions les individus atteints d'un stigmate peu visible utilisent des stratégies de dissimulation. Cette approche est intéressante dans le sens où elle prend pour objet l'interaction en face à face en tant que système social en miniature. Ainsi, E. Goffman considère qu'il y a une théâtralisation du jeu social, que chacun joue un "*rôle*", selon un modèle d'actions pré-établies, qui s'inscrit dans une "*routine*". Dans ce sens, il s'oppose à E. Durkheim qui fait abstraction des représentations des agents pour expliquer les phénomènes sociaux. On peut tout à fait légitimement se poser la question de savoir si la vérité de l'interaction est donnée dans l'interaction elle-même. Pour P. Bourdieu par exemple, les agents sont pris dans des espaces objectifs de propriétés qui s'imposent à eux, qui structurent leurs habitus. La nature et la forme de leurs interactions n'ont qu'une importance secondaire.

Goffman E. (1963, trad. franç. 1975), Stigmate. Les usages sociaux du handicap, Minuit, Paris.
Goffman E. (1961, tad. franç. 1968), Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux, Minuit, Paris.
Labregère A. (1990), L'insertion des personnes handicapées, La Documentation Française, Paris.
Simon J. (1988), L'intégration scolaire des enfants handicapés, PUF, Paris.
Stiker H-J. (1982), Corps infirmes et sociétés, Aubier, Paris.
Vial M. (1990), Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée 1882-1909, Armand Colin, Paris.

1er journée thématique sur les Activités Physiques Adaptées

EPS et APS dans l'éducation spécialisée

Mr P. Nagel

IUFM/AIS de Lille

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes, **11 mai 2001

Bases physiologiques du reentrainement a l'effort

Docteur Gilles KEMOUN
Médecin Chef - Elan : Service de Rééducation Polyvalente et de Reentrainement à L'effort, CH de Wattrelos, 59393 Wattrelos Cedex

On assiste à une diminution du potentiel de tous les systèmes organiques de 0,75 à 1 % par an à partir de 30 ans.

Diminution de la VO_2 max

Elle diminue de 0,5 à 1 % par an quel que soit le niveau d'entraînement, d'où l'importance de partir d'un haut niveau de capacité aérobie. Par ailleurs, il est difficile de faire la part entre l'impact du vieillissement et la diminution des activités habituelles. L'âge interviendrait pour 16 %, les autres facteurs étant la diminution de l'activité, la diminution de la masse musculaire, l'augmentation de l'incidence des pathologies, etc.. Enfin, si le vieillissement de l'appareil thoraco-pulmonaire intervient dans la diminution de la puissance aérobie, le facteur limitant principal est le transport cardiovasculaire de l'oxygène.

Fonction cardiorespiratoire

On observe une diminution de la fréquence cardiaque maximale (probablement par retard du remplissage ventriculaire dû à une augmentation de la rigidité pariétale), du débit cardiaque maximal (par diminution de la fréquence cardiaque maximale et par diminution de la contractibilité) et de la perfusion coronarienne sans grand effet fonctionnel. Le volume pulmonaire statique et dynamique diminue avec la capacité vitale (de 4 à 5 % par décennie) et s'accompagne d'une diminution du seuil de dyspnée.

Appareil musculo-squelettique

En ce qui concerne le muscle, la diminution de la force motrice survient dès 40 ans, avec une diminution de la vitesse de contraction et de relâchement (par élimination élective des fibres II), une diminution de la force maximale et de la vitesse maximale de contraction. En ce qui concerne l'appareil squelettique, on assiste à une fragilisation par ostéoporose de 0,75 à 1 % par an chez la femme dès 30-35 ans et à partir de 50-55 ans chez l'homme. Il existe également une détérioration progressive des qualités mécaniques des tendons, ligaments par altération du collagène. Au total, on observe une diminution de la flexibilité articulaire et des altérations de la statique rachidienne.

Sur le plan métabolique

Il existe une mobilisation des graisses qui est réduite à l'effort sous-maximal avec une augmentation de la sécrétion des catécholamines à l'exercice maximal et un ralentissement du remplissage des réserves de glycogène après un exercice prolongé.

Vieillissement cognitif et sensoriel

Les organes sensoriels s'altèrent. La conduction neuronale ralentit et le temps de réaction augmente, alors que la vitesse des réflexes diminue.

Effets de l'exercice sur le système cardiovasculaire

L'exercice permet une amélioration de la VO_2 max qui peut atteindre 10 à 15 %, voire plus. On peut améliorer également le seuil anaérobique. On obtient une diminution de la tension artérielle systolique, une augmentation du taux d'hémoglobine, une augmentation de l'éjection ventriculaire, et par conséquent une diminution du travail cardiaque. Par ailleurs, les capacités oxydatives périphériques s'améliorent. On peut définir un "âge fonctionnel aérobique" : âge équivalent à la capacité aérobique du corps. Si on diminue cet âge, on augmente les chances de vivre davantage à un niveau de fonctionnement plus élevé. Certains déterminent deux catégories : les actifs avec

diminution de la VO_2 max de 0,65 ml par minute, par kilo et par an, et les sédentaires par une diminution de la VO_2 max de 1,32 ml par minute, par kilo et par an, ce qui correspond à une différence de 10 ans d'espérance de vie si on se réfère à la VO_2 max minimale pour le métabolisme de base.

Effets de l'exercice sur l'appareil respiratoire
On peut obtenir une amélioration de la ventilation par amélioration de la musculature respiratoire et perfectionnement du schéma respiratoire. Par ailleurs, il y a diminution de la sensation de dyspnée.

Effets de l'exercice sur le système musculo-squelettique
On obtient facilement une augmentation de la force motrice par augmentation du recrutement des unités motrices et par des changements métaboliques et structurels propres. Les systèmes sensori-moteurs de l'équilibre s'améliorent. Enfin, on prévient la diminution de la masse osseuse, on permet le ralentissement de l'ostéoporose et la diminution de l'incidence des fractures.

Divers
Sur le plan métabolique, l'exercice permet une moins grande proportion de consommation de glycogène et une plus grande utilisation des graisses comme source d'énergie. De la même façon, on augmente la tolérance au glucose et la sensibilité à l'insuline indépendamment de la perte de poids.
Sur le plan neuropsychologique, on peut ralentir les pertes cognitives (temps de réaction, latence de la P300, test neuropsychologique). On a également une action positive sur l'humeur et la réaction au stress : le stress de l'exercice engendre une stimulation surrénalienne qui permet de faire face de façon plus efficace à des stress plus importants.

On ne discute plus la nécessité d'une évaluation précise, vue l'incidence des pathologies et la variabilité interindividuelle des capacités. Cette évaluation commencera par un entretien qui évaluera les antécédents médicaux et chirurgicaux, le mode de vie, les activités physiques antérieures et les motivations (degré et type). Ensuite, on pratiquera un examen clinique complet avec étude de l'appareil locomoteur, neurologique, cardiaque et vasculaire. A cause de la grande fréquence des problèmes cardiaques infracliniques, une évaluation poussée du système cardiovasculaire et un prérequis à l'institution d'un programme d'exercices en recherchant un problème coronarien, une dysrythmie, un problème valvulaire, une incompétence myocardique d'effort, une hypertension artérielle, etc.

L'objectif premier est d'améliorer la tolérance à l'effort. Des trois filières énergétiques, c'est la filière aérobique qui doit être développée. De l'analyse des mécanismes physiologiques, on retient la nécessité d'une sollicitation d'*intensité* adaptée à l'objectif, d'une *durée* suffisante et à une *fréquence* précise. De nombreux auteurs s'accordent sur ces principes.

Le lecteur pourra retrouver l'ensemble des références utilisées dans ce texte dans :

- *Réentraînement à l'effort en pratique gériatrique*
  G. Kemoun et coll. in Réentraînement à l'effort, Ed. Masson, 1995:162-169
- *Réentraînement à l'effort*
  G. Kemoun J. Pélissier, Ed. Frison-Roche, 1999

Une Fédération de la retraite sportive originale et atypique

La Fédération Française de Retraite Sportive

Comme 1'a récemment démontré Une enquête de la SOFRES, 98% des retraités affirment. qu'une de leurs premières préoccupations est de rester en bonne forme et en bonne santé.

Cela se traduit par un besoin évident d'activités physiques et ce d'autant plus que 1'âge de la retraite survient plus tôt et que l'espérance de vie augmente.

Il devient donc nécessaire de permettre aux retraités de pratiquer des activités physiques et sportives que beaucoup d'entre eux n'ont pas connus ou ont abandonnés depuis longtemps.

On peut certes objecter qu'une telle pratique peut se faire individuellement, mais il est rare que les gens s'y livrent spontanément ; d'autre part les techniques s'apprennent et le plaisir de La pratique en groupe constitue un attrait supplémentaire.

Une réponse nouvelle à des besoins nouveaux

Il existe bien sur des fédérations sportives qui accueillent des retraités : les fédérations françaises de boules et de pétanque, de tennis, de golf... comptent beaucoup d'adhérents de plus de 50 ans.

Toutefois, rares sont ceux qui, ayant cessé toute activité physique, font la démarche de s'inscrire auprès d'une fédération ; de plus. les intéressés veulent souvent pratiquer plusieurs activités, Ils désirent à la fois faire de la gymnastique. de la randonnée pédestre ou nager, car beaucoup d'entre eux pendant leur enfance ont été écartés de cette activité, la France comptant fort peu de piscines à cette époque.

La Fédération Française de la Retraite Sportive s'est donc constituée pour répondre à ces besoins en englobant dans une même cotisation et une même licence la possibilité de pratiquer plusieurs sport pour un prix modique.

Elle a pour vocation de fédérer. c'est à dire de regrouper toutes les petites associations déclarées ou non qui se sont créées un peu partout en France pour pratiquer des activités physiques. Elle peut de la sorte être leur interprète auprès des pouvoirs publics qui dans ce domaine ont alors un interlocuteur unique.

Pour un exercice réel des responsabilités

De nombreuses communes se sont déjà préoccupées de ce problème et certaines ont mis sur pied des séances de gymnastique, accordé des facilités d'accès aux piscines. etc...

Démarche certes louable mais où le retraité n'est bien souvent qu'un simple consommateur de loisirs sportifs. Or l'âge de la retraite doit rester celui des initiatives, du bénévolat, d'une nouvelle prise de responsabilités. Il parait donc primordial que la collectivité encourage la création de clubs, d'associations où les retraités puissent exercer leurs capacités à s'administrer et "s'auto-animer".

À cet effet la Fédération Française de la Retraite Sportive a mis au point des Brevets d'animateurs: un Tronc Commun suivi d'une spécialisation dans une dizaine d'activités comme les

activités aquatiques et dansées, la randonnée pédestre, le cyclotourisme, la gymnastique, le ski de fond et alpin le tennis adapté, le tir à l'arc, etc...

La formation dispensée privilégie la qualité relationnelle dans l'animation tout en respectant la sécurité des participants.

Cela n'exclut nullement la collaboration avec des professionnels qui trouvent d'ailleurs souvent dans les formations de la FFRS un complément utile à leur formation initiale.

Aussi la FFRS organise-t-elle à l'intention des éducateurs municipaux ou départementaux des stages de perfectionnement orientés vers les activités physiques des plus de 50 ans.

Une fédération largement ouverte

L'action de la Fédération ne se borne d'ailleurs pas aux seuls retraités très valides et parfaitement autonomes.

Elle s'exerce aussi jusque dans les maisons de retraite, non de façon directe, mais en aidant à la formation du personnel soignant et en participant à l'organisation d'"Olympiade" des Maisons de retraite.

Très prisées dans les départements où elles sont organisées, ces olympiades permettent aux résidents d'avoir un objectif d'entraînement physique qui dure toute l'année.

Cela est extrêmement bénéfique et contribue à retarder l'apparition des phénomènes de dépendance.

Un souci et une recherche permanents de qualité et de progrès

Dans ce domaine bien particulier qu'est l'animation d'activités physiques pour les plus de 50 ans la Fédération Française de Retraite Sportive s'est dotée, grâce au concours du Ministère de la Jeunesse et des Sports, d'un Conseil Technique compétent et actif.

Elle a également mis en place, sous l'autorité de son médecin fédéral un réseau médical de services à la disposition des retraités ainsi qu'un comité de recherche qui étudie les bienfaits de l'activité physique chez les personnes âgées.
Cette action se traduit également par une collaboration étroite avec le Ministère de la Santé.

La FFRS est implantée dans de nombreux départements et touche environ 50000 personnes

La FFRS peut aider à structurer les organismes réunissant des retraités et dont les membres désirent pratiquer des activités physiques et sportives car on ne fait rien de grand dans l'isolement…

La demande dans ce domaine est immense et sera satisfaite d'autant plus rapidement que les initiatives de rassemblement et d'actions en commun se manifesteront.

C'est donc à une prise de conscience des retraités et des organisations qui les regroupent que nous faisons appel. Certaines structures existent déjà. Il suffit qu'elles rejoignent la fédération pour démultiplier leur efficacité.

La Fédération Française Handisport et le Comité Nord Pas de Calais

M. Tremerie & J.C. Poidevin
Conseillé Technique Régional et Comité Régional Handisport

1> La Fédération Française Handisport

Dès 1948, les premières rencontres sportives pour paraplégiques ont lieu à Stoke-Mandeville, en Grande-Bretagne. A partir de 1951, elles se structurent et se développent. Puis, elles deviennent, au cours des décennies suivantes, de véritables confrontations mondiales : Championnats d'Europe, du Monde, Jeux Paralympiques. En même temps, Handisport s'ouvre progressivement aux autres formes de handicaps physiques et visuels. En FRANCE, en 1954, la première association sportive pour handicapés physiques est constituée. Elle est relayée, en 1963, par la Fédération Sportive pour Handicapés Physiques de FRANCE qui, en 1973, devient membre du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF). En 1977, elle prend le nom de Fédération Française Handisport et est reconnue d'utilité publique en 1983.

La Fédération Française Handisport a reçu délégation de pouvoir du Ministère de la Jeunesse et des Sports pour promouvoir et organiser le sport et les activités physiques pour les handicapés moteurs et visuels en FRANCE. « Sports rencontre » ou « rencontres sportives », des compétitions amicales et officielles sont organisées dans le monde entier. La Fédération développe, entre autres, des actions au profit des jeunes, qui se concrétisent, tous les ans, par des jeux Régionaux et Nationaux de l'Avenir.

Titulaires de nombreux titres et records, les sportifs Handisport français se sont toujours classés parmi les meilleurs du monde. La FRANCE se place au 7ème rang aux Jeux Paralympiques d'été de SYDNEY, sur 123 pays présents. La Fédération Française Handisport organise de grandes compétitions et de nombreux stages de détection, d'initiation , de formation et de haut niveau. Elle assure par ailleurs la promotion des activités physiques pour grands handicapés avec, en particulier, des actions dans les Etablissements spécialisés. Elle se charge, enfin, de la préparation des candidats au Brevet d'Educateur Sportif Handisport.

La Fédération Française Handisport c'est :
450 associations, 26 comités régionaux, 34 comités départementaux, 14000 licenciés, 22000 pratiquants, 40 sports de loisir ou de compétition.

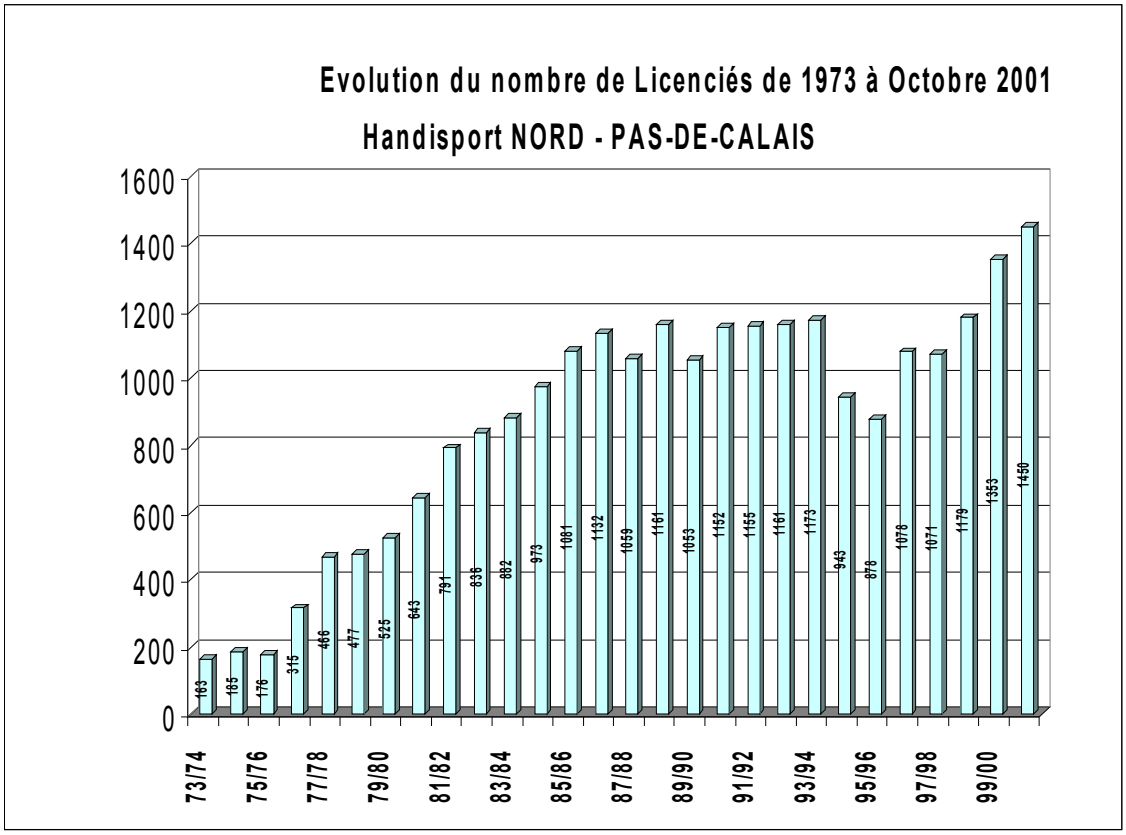
Handisport aujourd'hui c'est aussi :

- Un Comité Directeur composé de 20 élus bénévoles
- Une direction Technique Nationale comprenant 5 départements :
  Jeunes, Formation, Développement et Promotion des activités pleine nature, Haut Niveau et Compétition, publication.
- Une Direction Administrative et Financière
- Une Commission Médicale constituée de médecins et de para-médicaux répartis dans les associations, Comités régionaux et départementaux dans chaque Commission sportive
- Des Commissions spécifiques :
  Accessibilité, Communication, Handicapés Visuels, Equipements sportifs, …

Depuis 1960, les Jeux Paralympiques se déroulent tous les quatre ans, la même année et désormais, dans la même ville que les Jeux Olympiques.

2> Le Comité Régional Handisport

Créé en 1973 avec 3 associations, le Comité régional n'a cessé de progresser depuis pour atteindre cette année 1450 licenciés regroupés dans 48 associations dont 23 centres regroupant des jeunes de moins de 20 ans.



Parmi tous les facteurs d'intégration, les activités physiques et sportives jouent désormais un rôle important ; cela signifie pour le jeune et l'adulte une participation active à la vie associative et bien souvent la sortie de l'isolement.

Dans les Instituts d'Education motrice et les Centres de rééducation fonctionnelle, l'initiation aux activités sportives occupe une place importante parmi les moyens de réadaptation.

La diversité des aspects du Sport handicapé est bien réelle : sport rééducation, sport de loisirs, sport de compétition et toutes les disciplines sportives peuvent être pratiquées.

Le Comité Régional Handisport a calqué son fonctionnement sur celui de la Fédération, à savoir la mise en place de 4 départements (voir tableau joint).

L'objectif est de renforcer ces 4 structures mais la priorité est donnée aux 2 rubriques suivantes :

1) développer l'éducation physique et sportive dans les Centres par l'embauche de personnel qualifié ayant les diplômes requis

création au sein des clubs valides de sections handisport

Les Etablissements commencent à recruter des brevets d'état handisport ainsi que des Maîtrises activités physiques adaptées et bien souvent ces futurs éducateurs sportifs ont les deux diplômes.

Promouvoir et organiser la pratique sportive dans un Centre de rééducation est l'affaire de tous et la volonté première de notre Comité.

1er journée thématique sur les Activités Physiques Adaptées

La Fédération Française de Sport Adapté

Mr Dewaele H.

Comité Régional de la FFSA, APEI les papillons blancs, Quai des Nerviers, 59603 MaubeugeBP 175☎ 03 27 64 80 92

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes, **11 mai 2001

Les Formations STAPS en APA

Eric Watelain
Maître de Conférences à la FSMS de l'Université de Valenciennes.

Les formations professionnelles ou universitaires en Activités Physiques Adaptées (APA) ne sont pas très nombreuses. On distingue le plus souvent :

- les brevets d'états (celui de la Fédération Française Handisport ou de la Fédération Française de Sport Adapté par exemple) et les brevets fédéraux (ceux de la Fédération Française de Retraite Sportive par exemple), gérées par les fédérations elles-même
- les formations Universitaires spécialisées ou optionnelles d'une autre spécialité (kinésithérapie par exemple).

Les formations universitaires STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) communément appelées "sport" appartiennent à une discipline relativement récente. C'est d'ailleurs la dernière section universitaire crée : 74e section. La spécialité d'APA au sein des STAPS est encore plus récente. Sa relative méconnaissance auprès des professionnels s'explique essentiellement : à la fois par sa jeunesse mais aussi et certainement par la faible « publicité » faite par les spécialistes de ce champ et notamment lors des journées spécialisées qui accueil des publics divers et variés. Cette présentation a essentiellement pour objet de contribuer à combler cette lacune et de participer à la connaissance et la reconnaissance de ces formations. Les deux principales formations STAPS en APA sont les diplômes de licence (bac + 3) et de maîtrise (bac + 4) mention APA. Si les contenus et les matières sont sensiblement différents d'une Université à l'autre, les diplômes restent régis par des textes officiels, émanent du ministère de tutelle, qui en définit les fondements et autorise (ou renouvelle) la délivrance des diplômes. La Licence et la maîtrise STAPS en APA constituent donc une spécialité parmi les 5 officiels de la section STAPS (APA + Management du sport, Education et motricité, Ergonomie du sport et performance motrice, Entraînement sportif).

Ces deux diplômes se font, le plus souvent, à la suite d'un DEUG (Diplôme d'Etudes Universitaire Général, Bac + 2) en STAPS. Il peut aussi, dans certaines conditions, se faire à la suite d'un DEUST (Diplôme d'Etude Universitaire Scientifique et Technique) dont il existe aussi une spécialité en APA. Le DEUG est une formation générale aux métiers du sport et de l'EPS (Education Physique et Sportive) de près de 600 heures d'enseignement en 1er année et 600 en 2e année. Les enseignements comprennent des pratiques physiques variées, le plus souvent pour 20 à 30% des enseignements, mais aussi de la physiologie, de la biomécanique, de la psychologie, de la pédagogie, de la didactique, de l'anatomie, de l'histoire, de la sociologie, de l'anglais, des NTIC, des statistiques et de l'initiation à la recherche. A ces enseignements s'ajoutent différents stages en clubs sportifs, en institution scolaire classique ou spécialisée voire en entreprise privée.

Au niveau de la licence et de la maîtrise chacune de ces années de spécialité comprend 550 heures de formation. Aux matières enseignées en DEUG s'ajoutent, parmi les enseignements le plus souvent réalisés : Connaissances du handicap, connaissances des structures spécialisées, droit et législation, politique d'intégration et de santé publique, Activités Physiques Adaptées, didactique et pédagogie spécifique aux APA, anthropométrie, testing musculaire et évaluation de terrain. A ces enseignements s'ajoutent différents stages en clubs sportifs, en institution spécialisée voire en laboratoire.

Pour ces deux diplômes, il s'agit de donner une formation scientifique et professionnelle à de futurs entraîneurs, enseignants spécialisés, chercheurs et enseignants-chercheurs dans le domaine des activités physiques adaptées. Les principaux secteurs d'intervention sont relatifs à la déficience ou au handicap : moteurs, sensoriels, intellectuels, sociaux, cardio-vasculaires et métaboliques. La formation s'inscrit dans un profil de formation universitaire qui peut se poursuivre par un DEA (Diplôme d'Etudes Approfondies) ou un DESS (Diplôme d'Etudes Supérieurs Spécialisées), à bac + 5, ou encore un Master et peuvent éventuellement se poursuivre par une thèse de doctorat (3 ans supplémentaires).

POSTERS

Le basket en fauteuil roulant

Rita Carpentier
CTFR Handibasket NPC

Le basket en fauteuil est officiellement reconnu, en France, sport de compétition depuis 1972.

C'est la Fédération Française Handisport qui gère les licences.

* Le basket en fauteuil pour qui ?

Le basket en fauteuil est un sport mixte pouvant regrouper des femmes et des hommes dans une même équipe. Les sportifs jouant dans une équipe de basket sont le plus souvent :

- les paraplégiques,
- les polios,
- les traumatologies diverses,
- les IMC légers,
- les valides (sont autorisés à jouer en fauteuil depuis 2 ans).

* Le nombre d'équipes

Il existe 75 équipes inscrites dans les différents championnats français.

- 8 en National IA
- 8 en national IB
- 8 en national II
- 51 en National III

* Le règlement

Le règlement du basket en fauteuil roulant diffère en très peu de point de celui de la F.F.B.B.

- La règle du marcher

  Le sportif en fauteuil roulant peut donner 2 poussées avec un ballon sur les genoux ou une poussée et un pivot, à partir desquels toute poussée supplémentaire sera un "marcher" et se traduira par la perte de la balle.
- La règle des classifications

  Le sportif en fauteuil est soumis à un test physique pour lui attribuer une valeur en point en fonction de son handicap. Une équipe de 5 joueurs sur le terrain ne peut aligner plus de 15 points en National I et II et 16 points en National III.

* Le basket dans la région Nord pas de Calais Picardie

La région compte :
3 équipes en National I et II : Villeneuve d'Aszq, Douai et Aulnoye-Ameries
6 équipes en National III : Douai 2, Villeneuve 2, Coudekerque, Creil, Chauny 1 et Chauny 2

Mais aussi des équipes encore hors championnat pour diverses raisons comme Valenciennes.

Enfin, je finirai cette rapide présentation de la discipline par des félicitations à l'égard de **l'Equipe Espoirs de notre Région qui est Championne de France 2001**

Les thérapies corporelles : de l'action pour se retrouver

D. DEPLANQUE, C. DAIRAY & B. GIBOUR

INTERSECTEUR D'ALCOOLOGIE DU HAINAUT
Unité d'Alcoologie Clinique
19 rue des anciens d'A.F.N.
59230 SAINT AMAND LES EAUX
Tél. : 03-27-22-98-70

Service du Docteur GIBOUR
Centre Alcoologique de Jour
25 avenue du Général Horne
59300 VALENCIENNES
Tél. : 03-27-28-19-30

Le poster, présenté par les psychomotriciens de l'Intersecteur d'Alcoologique du Hainaut sous la responsabilité du Docteur Bernard GIBOUR, Chef de service, cherchera à montrer les activités physiques proposées aux patients alcoolo-dépendants rencontrés à l' Unité d'Alcoologie Clinique à Saint-Amand les Eaux et au centre Alcoologique de Jour à Valenciennes…

Le message véhiculé par cette affiche sera : « Les thérapies corporelles : de l'action pour se retrouver ».

Le terme « thérapies corporelles » souligne que notre intervention s'inscrit dans une démarche de soins au travers de l'abord corporel.

« De l'action pour se retrouver »

< évoque d'une part « l'action » … dans le sens du mouvement… du plaisir à bouger son corps pour « se retrouver » évidemment d'un point de vue physique …gymnastique douce, relaxation, balnéothérapie… mais aussi d'un point de vue social… piscine, marche… activités pouvant s'ouvrir avec la famille…

< évoque d'autre part « l'action » dans le sens de l'implication globale corps/ esprit du patient dans une dynamique de changement bio-psycho-social déterminant face à son problème alcool pour revivre… « se retrouver »…

AVRIL 2001

LE SPORT TREMPLIN DE L'INTEGRATION SOCIALE

POTTEAU Anne
Professeur d'Activités Physiques et Sportives Adaptées, IME « Jean Stivenard » - 431 route d'Oisy – BP 147 – 59722 DENAIN CEDEX, ' 03-27-21-42-60

Une expérience a été menée cette année au sein de l'institut médico-éducatif (IME) de DENAIN sur une population de jeunes déficients mentaux.

Cette expérience essaye de répondre à la question : « Quelles sont les pistes à développer pour une intégration touchant différents niveaux de la vie sociale à travers les activités physiques et sportives ? ».

Trois possibilités d'action ont été retenues en correspondance avec les différents degrés de déficience mentale afin que chacun puisse s'épanouir.

Premièrement à travers la vie familiale en enrichissant les relations par un apprentissage des bases motrices d'activités de loisir tel que le bowling et le mini-golf.

Deuxièmement à travers le milieu scolaire en tissant des liens entre les deux structures d'enseignement grâce aux rencontres pédagogiques et à la participation aux championnats sportifs scolaires du primaire (USEP en prévision) et du secondaire (UNSS).

Et troisièmement à travers les clubs sportifs où les jeunes se trouvent en situation d'intégration complète et non ponctuelle.

L e sport, fait de société, est un excellent support pédagogique pour pénétrer le tissu social. Mais derrière les diverses actions mises en place existe une démarche pédagogique incluant l'ensemble des professionnels de l'IME, ainsi que la famille et les responsables des structures extérieures concernées afin de réunir les conditions optimales pour une intégration réussie.

Les Activités Physiques et Sportives au Centre Léonce Malecot

Monsieur CHEHJH Mohamed Moniteur de Sport.

CENTRE LEONCE MALECOT IME
S.E.S.S.A.D. Rue du Pourquoi Pas
62300 LENS
' 03 21 28 40 19 7 03 21 78 54 60

1) Le Centre « Léonce MALECOT »

Le Centre « Léonce Malécot » est un Institut Médico-Educatif (IME) agréé pour recevoir 85 enfants et adolescents de 6 à 20 ans dont 10 enfants polyhandicapés. La répartition se fait en 3 sections : petits, moyens, grands, en fonction du critère d'âge mais aussi, et surtout, des besoins repérés pour chacun.
La prise en charge tend à faire évoluer l'enfant dans quelques grands domaines
* autonomie dans les gestes et besoins fondamentaux,
* développement des capacités motrices,
* entraînement cognitif, sensoriel et langagier,
* ouverture sur l'extérieur entraînant une amélioration du potentiel relationnel et une mise en appétit à la socialisation.

Autour de l'enfant gravitent en satellites divers intervenants: éducateur référent, psychomotricien, kinésithérapeutes, institutrice, éducateurs sportifs, corps médical et paramédical, orthophoniste, etc... rassemblant en un projet individualisé les lignes d'action directives dont l'enfant va tirer bénéfice.
Cette prise en charge globale s'enrichit de nombreux apports extérieurs avec, en outre, diverses mesures d'intégration scolaires, culturelles, sportives, contribuant à l'ouverture sociale.
L'ensemble de l'équipe en corrélation avec l'assistance sociale mène un travail intensif et constructif avec la famille, l'enfant se trouve ainsi sollicité de manière conjointe dans ses deux lieux de vie privilégiés et peut évoluer en harmonie.
Ainsi, les jeunes se préparent à un devenir d'adulte où, en tant qu'être, ils auront à exprimer et assumer leurs désirs, leurs besoins, mais aussi à affronter une réalité sociale.

2) Le sport à l' I.M.E.

Le sport entre dans ce projet pédagogique et y est omniprésent. On y retrouve plusieurs dimensions : psychique, psychologique. physique, culturelle et sociale, le tout en interaction permanente.
Le sport n'est pas une fin en soi, il ne s'agit pas de parvenir à un but déterminer : (champion dans telle discipline), mais c'est un moyen de découvrir ses capacités, son potentiel, quelquefois pour se reconnaître dans un corps physique et vivant (polyhandicapés).
Après la découverte et l'acquisition d'une meilleure maîtrise physique et le perfectionnement d'une gestuelle, il s'agira de le confronter à l'autre dans des rencontres à caractère sportif.
Les séances de sport sont, après concertation avec l'équipe éducative, proposées à tout enfant plus ou moins valide et réceptif à un minimum de discipline, capable de réponse à une commande verbale ou gestuelle.
L'éventail des activités s'étend du sport en salle, en passant par la randonnée pédestre sur terrain plus ou moins accidenté selon progression, à l'équithérapie, au sport collectif et bien-sûr à la piscine.
A chaque activité correspond un matériel simple mais spécifique selon l'âge, le niveau et le type de handicap: matériel quelquefois fabriqué dans l'établissement car inexistant ou à des prix vraiment prohibitifs.

Toutes ces activités sont menées, soit simultanément pour certains, soit s'échelonnant chronologiquement dans le cursus du jeune. Ceci s'avère encore plus juste pour le sport collectif, en l'occurrence le basket qui requiert une grande maîtrise de l'environnement: latéralité, conscience des autres, des règles et aussi un intérêt pour la notion de groupe sinon d'équipe.

3) Les buts et les finalités du sport

a) Sur le plan de socialisation
Le sport permet :
-De s'intégrer aux autres.
-D'intégrer les enfants dans un groupe.
-De s'exprimer, d'essayer, de communiquer.

b) Les objectifs d'ordre moteur
-Stimuler les grandes fonctions vitales. -Travail de coordination, perception.

c) Objectifs d'ordre cognitif
Apprendre à verbaliser l'action, à symboliser, à décoder, à expliquer.

d) Objectifs d'ordre affectif et social

- Eprouver du plaisir dans 1'action.
- Gérer le doute, l'appréhension.
- Apprendre à gérer ses émotions.
-Respecter les règles.
Les activités proposées c'est :
« Développer et affronter sa dextérité »,
« Trouver son équilibre »,
« Au-delà de la confrontation: apprendre à respecter l'autre »
(…)

L'équithérapie ou équitation adaptée à visée ludique et thérapeutique

Danjou Tiphaine et Crepin Vivian
Etudiant en licence STAPS, FSMS, Université de Valenciennes

Introduction

L'équitation est souvent considérée comme un sport à risque. C'est sans doute parce que des centaines d'années de domestication n'ont pas eu raison des instincts sauvages du cheval. Pourtant l'équitation est utilisée à visée thérapeutique. Cette utilisation très particulière de l'équitation semble avoir débuté en 1943, depuis qu'une championne de dressage danoise, frappée par la poliomyélite se retrouve bloquée dans un fauteuil roulant. Contre vent et marées, elle décide de poursuivre son entraînement, au prix d'un long travail de rééducation. En 1952, elle décroche la médaille d'argent aux jeux olympiques d'Helsinki. Une de ses amies thérapeute, Elisabeth Bodiker, décide alors de faire monter à cheval de jeunes handicapés dont elle s'occupe. Les résultats sont tellement impressionnants, que l'année suivante, le premier centre équestre pour enfants handicapés ouvre ses portes en Norvège. Le mouvement gagne d'abord l' Angleterre, puis la France, où l'association handi-cheval est créée en 1970. Aujourd'hui, 100.000 personnes atteintes de handicaps divers bénéficient des vertus thérapeutiques de l'équitation. Certains utilisent le terme d'«équithérapie», d'autres préfèrent parler «d'équitation adaptée à visée thérapeutique». En fait, le mot « équithérapie » est réservé à la pratique médicale, les médecins étant seuls habilités à mettre en oeuvre une thérapie. Les bénéficiaires de cette technique: des enfants et des adultes atteints de déficience ou de handicap : physique (infirmité motrice cérébrale congénitale ou accidentelle, déficit sensoriel. ..), un handicap mental (déficience intellectuelle, retard de développement psychomoteur...) ou psychique (névrose, dépression...).

I. Que peut apporter l'équitation aux personnes handicapées ?

a) Le sport : une volonté de dépassement.

Surtout avec les enfants, les premiers contacts avec l'animal donnent toujours lieu à un renforcement positif. Lors des exercices: l'arrêt volontaire du cheval, par exemple, est très valorisant ; il donne la sensation de maîtrise en stoppant son mouvement, par soi-même. Les effets bénéfiques sur le caractère, le moral et la confiance en soi sont le plus souvent rapidement observables. Un animal qui marche « sous eux » et à leur commandement, c'est merveilleux, comme magique: il marchent, à la découverte d'un espace nouveau, vu d'en haut, au rythme d'un déplacement inconnu. Ce moment d'équitation est une possibilité inespérée de s'exprimer autrement et de façon positive.

Comme résultats, on peut noter, chez les enfants I.M.C. par exemple, une nette amélioration des troubles de la coordination musculaire et de l'équilibre. Ce sport peut agire comme un véritable traitement de la diminution de l'efficience musculaire chez les hémiplégiques par exemple.

b) Un côté ludique

Les enfants en phase de croissance et d'éducation scolaire et motrice sont confrontés chaque jour à des rééducations douloureuses et contraignantes. D'où l'intérêt de l'éducation qui fait intervenir le facteur plaisir: les cavaliers concilient la satisfaction d'être à cheval et le loisir de pratiquer l'équitation en travaillant pour eux-mêmes sur le plan physique et sur le plan de l'éveil. La rééducation de la coordination devient possible par le biais du loisir. Loisir de pouvoir pratiquer un sport « comme tout le monde ».

II. Quel public pour ce sport ?

Pratiquement toutes les personnes atteintes de déficience ou de handicap peuvent pratiquer l'équitation parfois adaptée. Les possibilités motrices de chacun étant différentes, en compétition, le candidat sera préalablement classé, par des membres de la commission médicale fédérale en accord avec l'athlète, dans une classe correspondant au handicap. Une fois déterminées, ces caractéristiques seront utilisées pour toutes les épreuves disputées.

III. Exemple

Une compétition organisée par l'institut d'éducation motrice de Valenciennes le 11/04/2001 est présentée en cassette vidéo. Elle présente l'organisation de trois différentes disciplines du monde de l'équitation :
la reprise, l'obstacle et l'attelage.
* La reprise consiste en l'exécution de figures dans un manège, en individuel ou collectif (un débrouillé à l'avant, les autres suivent).
* Pour l'obstacle, il s'agit d'un parcours constitué de dix petits exercices de deux points chacun.
* L'attelage est une épreuve de maniabilité chronométrée.
Des petites questions théoriques étaient posées à la fin de chaque pratique, afin d'évaluer le cavalier sur ses connaissances concernant sa monture et son entretien.
Les compétiteurs étaient répartis en trois groupes, en fonction de leur niveau de maîtrise.

IV. Matériel approprié

En fait, la seule chose qui différencie le cavalier handicapé à cheval d'un cavalier valide réside parfois dans l'équipement: une surselle, constituée d'un pommeau plus épais à l'avant et d'un troussequin qui enveloppe le bassin. Dans le cas de mouvement de jambe parasite, la surselle évite par exemple de remonter ses membres inférieurs encore plus haut grâce au pommeau. Toutefois, certains enfants, notamment ceux qui ont des problèmes d'écartement des jambes, travaillent à cru, sans selle pour faciliter l'exercice des adducteurs. Notons au passage que les I.M.C. n'utilisent pas les étriers. Une gêne en moins pour les cavaliers qui préfèrent avoir le pied libre. L'impulsion est donnée directement à même le flanc.

Conclusion

Monter à cheval procure une autonomie que certains malades ne pourraient jamais obtenir autrement. Juchés sur le dos de l'animal, ils redécouvrent les grands espaces, surtout lorsque l'univers quotidien est cantonné aux quatre murs d'une chambre, aux couloirs de l'hôpital ou d'un centre de rééducation.
Tous les sens sont alors à la fête: l'odorat le premier avec les effluves de foin et de paille… Puis vient le toucher. Le poil soyeux du cheval, son corps chaud, engendrent rapidement un sentiment de confiance et de bien-être. Parfois, le simple fait de s'occuper de l'animal, de communiquer avec lui, suffit à soulager une personne qui souffre. Puis, une fois sur son dos, l'individu en détresse se sent bercé, apaisé. Bientôt, le cavalier handicapé a l'impression - comme tous les autres - de s' approprier les forces et les qualités du cheval. Il se déplace souplement, rapidement, élégamment. Autant de sensations qui vont réveiller leur corps, mais aussi leur mettre du baume au cœur.

Elément de bibliographie :

1> Des animaux et des hommes -httl2://veto.crihan.fr/www/humain.htIm La thérapie équestre -http://www.handicheval.ch/
2> Y. EBERHARD -Mieux connaître les personnes handicapées mentales., In revue EPS n° 269- Janvier-février 1998
3>J.S. PAILLARD Votre sport : L'équitation- Proposition pour comprendre l'équitation CHIRON SPORTS 1975

L'Activité Physique Adaptée Judo

Gregory Samain
Etudiant en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes

I. Introduction

Le Judo, sport de combat génère de nombreux bienfaits éducatifs pour les personnes handicapées. Si cette activité existe depuis de nombreuses années, elle est structurée à la Fédération Française Handisport (F.F.H.) pour les déficients visuels depuis 1983. Cette discipline se pratique au sein des clubs de la Fédération Française de Judo (F.F.D.J.A.) affIliés à la F.F.H. Après une période d'adaptation, les enseignants constatent très vite les possibilités de progression des handicapés visuels et particulièrement leur manière de percevoir les techniques.

II. Public concerné

Le Judo peut être pratiqué par deux types de publics :

- Les personnes non voyantes et mal voyantes.
- Les personnes avec un handicap fonctionnel permettant un Judo adapté.

III. Organisation de l' activité

La pratique du Judo en compétition n'est structurée que pour les déficients visuels, mais le caractère ludique de cette discipline permet pour le plus grand nombre de l'aborder comme une activité de loisir. Pour ces pratiquants un challenge national technique est organisé chaque année. Pour les déficients visuels, une compétition est organisée sur le plan national : Le championnat de France.
Sur le plan international : Des tournois internationaux, La coupe du monde par équipe. Le championnat d'Europe, Le championnat du Monde. Les Jeux Paralympiques.

IV. Réglementation

Les règles de la F.F.J.D.A. sont les règles en vigueur à l'exception de quelques adaptations liées à I 'handicap visuel. Catégories : Les judokas sont répartis en fonction de leur handicap visuel (non voyants et mal voyants) et de leur catégorie de poids de corps. (7 catégories) : Messieurs: 60 kg. à +100 kg. Femmes: 48kg. à +78 kg
Adaptations du règlement : Les judokas sont accompagnés sur la surface de combat par les juges = qui les placent à 1 mètre l'un de l'autre. Ils prennent leur garde pour se situer, baissent les bras le long du corps et à l'annonce du "hajime" se saisissent et commencent le combat.
Les avantages marqués sont annoncés par l'arbitre. Les sorties de tapis ne sont pas sanctionnées.
Une sonnerie retentit 1 minute 30 avant la fin de combat.

V. Conditions de pratique

Le dojo doit être bien délimité.
Les murs doivent être protégés (pas d'angles vifs).
Les surfaces de sol (si possible) sont de textures différentes pour aider le pratiquant à se repérer.
L'environnement doit être le plus calme possible; le bruit pouvant empêcher de se repérer dans l'espace.

VI. Résultats de Sydney 2000

+100 kg (individuel) : *7e* CENSIER Eric -Levallois Sporting Club
-100 kg (individuel) : 5e FOURCADE Daniel- ASS SAKURA club Toulousain
-60 kg (individuel) : 5e FARGEAU Didier -E.S Blanquefortaise
-66 kg (individuel) : *9e* MOREL Cyril -ASS Amicale Sportive de FRESNES.

L'Activité Physique Adaptée Foot-Fauteuil Electrique

Visee Emmanuel, Visee Romuald & WASTYN Aurélie.
Etudiant en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes

1.Définition de l'activité :

Ce sport collectif oppose 2 équipes de 4 joueurs dont le but est de remporter le match à l'issue de 2 périodes de 15 minutes.
Il se pratique sur un terrain de Basket avec quelques aménagements.

2.Historique :

- Cette activité sportive est affiliée à la F. F.H

- 1989 : Sport de démonstration aux jeux de l'avenir de Limoges
- 1992 : 1er championnat de France
- 1998 : 82 équipes dont 47 inscrites en championnat de France

3.Public concerné :

Toute personne porteuse d'un handicap moteur l'obligeant à se déplacer en fauteuil peut pratiquer cette activité si elle se licencie à la F.F.H, connaît une équipe pouvant l'accueillir

4.Les rôles sociaux :

L'arbitre principal :
- Prend des décisions sans appel dans tous les litiges
- Seul chronométreur de la partie.

- Peut exclure, sans avertissement, tout joueur coupable de conduite violente.

- Autorise ou interdit de pénétrer sur le champ de jeu.

- S'assure de l'identité des joueurs.
- Vérifie les licences ou les certificats médicaux.
- Contrôle le jeu, veille à la sécurité des joueurs.

L'arbitre adjoint :
- Chargé du contrôle des actions dans la surface de but.
- Siffle les fautes lorsqu'il est mieux placé que lui.

Le marqueur :
- Remplit la feuille de match (score, fautes…)

L'entraîneur :
- S'occupe de préparer et manager son équipe

Les formations :
- **Elles durent 2 journées et demi.**

5.1 Pour être arbitre :
- Il faut déjà une connaissance de l'activité et de son règlement.
- Contenu : connaissance du règlement, des attitudes, placements, gestes, devoirs de l'arbitre

5.2 Pour être entraîneur :
-Celle-ci est accessible à tous
-Le contenu concerne la préparation, la mise en œuvre des entraînements, la gestion de l'équipe lors des rencontres, l'analyse des stratégies.

5.Les règles :

Durée : 2*15 minutes avec 5 minutes de repos à la mi-temps (avec prolongation de 2 *5 minutes, en cas d'égalité, voire les séries tirs au but).

Le coup d'envoi : tous les joueurs adverses sont à 5 m du ballon.

La rentrée de touche : S'il y a sortie du ballon au delà des plans inclinés ou si le porteur de balle a une roue au delà de la ligne latérale, alors : ballon à 1m50 de la ligne de touche, face à l'endroit de sortie (adversaires à 5 m du ballon et pas de tir direct au but).

La sortie de but : si :

-ballon sorti par un attaquant au delà de la ligne de but adverse ou

-si l'attaquant a sorti son fauteuil au delà de celle-ci. Alors :➔dégagement du ballon à la ligne des 6m25.

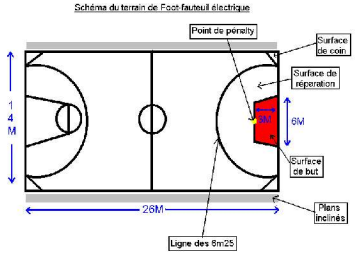
Le corner : si ballon ou fauteuil du défenseur sortis de la ligne de but (joueurs à 5m) .

Le hors-jeu :
- quand un joueur reste + de 5 secondes dans la surface de but➔dégagement à 6m25 (si faute de l'attaquant). ;sinon coup franc indirect à la faute.
- hors-jeu de position : si un joueur attaquant hors-jeu fait action de jeu sur une nouvelle attaque.

Le 2 contre 1 :si 2 joueurs se disputent le ballon, personne ne peut venir interférer dans le duel, sinon : Coup franc indirect (sauf pour le gardien si le duel est dans sa zone).

6.Le matériel utilisé :

- Le terrain de jeu, le but et le ballon



- Les plans inclinés (pour faire revenir le ballon en jeu ou jouer comme des bandes de billard)
- L'équipement des joueurs (maillot + numéro sur le fauteuil, brassard pour le capitaine)
- Le fauteuil (électrique et aux normes de la F.F.H notamment au niveau de la vitesse)
- Le pare-chocs (interface entre le fauteuil et le ballon, définie selon des normes)

L'Activité Physique Adaptée Escrime

Jocaille Matthieu & Lefebvre Doniphan
Etudiant en Maîtrise STAPS, FSMS, Université de Valenciennes

PREAMBULE

L'escrime a été une des premières activités sportives à s'ouvrir aux personnes handicapées. La plupart des escrimeurs handicapés tirent assis en fauteuil, mais il existe également des compétitions debout. Les sportifs handicapés parfois intégrés dans des clubs valides.

HISTORIQUE

Sir Ludwig GUTTMANN, ancien escrimeur, créa en Angleterre vers les années 1953-54, l'escrime pour personnes handicapées physiques.
Cette discipline est ainsi une des plus anciennes pratiquée par les sportifs handicapés.

CLASSIFICATION

La grande majorité des tireurs est constituée d'athlètes en fauteuil (paraplégie, tétraplégiques…) mais certains tireurs évoluent debout (hémiplégie, poliomyélite, séquelles de paraplégie, amputation tibiale simple). De plus, certains IMC pratiquent également cette activité.

REGLEMENT

Le règlement diffère peu de celui de l'escrime pour pratiquants valides. Les principales distinctions résident dans le matériel nécessaire à la protection des tireurs (les jambes par exemple), les mesures prises en rapport avec l'utilisation du fauteuil (fixation) et la mise à distance en position de garde (essentielle car elle conditionne la pratique des 2 tireurs).

INTERETS REEDUCATIFS

La particularité de l'escrime reste qu'elle ne nécessite pas de force particulière, mais s'appuie sur des qualités de vitesse et de coordination. Ainsi cette pratique reste ouverte à un large public, très hétéroclite.
De plus, l'escrime développe les sens du toucher, de la vue et de l'ouïe ; ainsi que l'équilibre.
Mais le principal intérêt de cette pratique reste l'amélioration de la vitesse, qualité essentielle pour les personnes handicapées.

EPREUVES

Toutes les épreuves traditionnelles de l'escrime sont accessibles aux tireurs handicapés à l'exception du sabre féminin.
Les escrimeurs handicapés participent aux même compétitions que leurs collègues valides : championnats de France, d'Europe, du Monde et Jeux Paralympiques.

CONCLUSION

Actuellement, une convention est mise en place entre la Fédération Française Handisport et la Fédération Française d'Escrime, tant l'intérêt rééducatif et sportif de cette activité est important. Ainsi le développement de l'escrime est continu et la réussite est totale ; les résultats des derniers Jeux Paralympiques de Sydney montrant que les tireurs marchent dans les empreintes de leurs collègue valides.

1er journée thématique sur les Activités Physiques Adaptées

L'Activité Physique Cecifoot handisport

Pecriaux Matthieu & Schuller Boris

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes, **11 mai 2001

Réalisation d'un logiciel de conception et de suivi de circuit training pour sujets atteints de troubles cardio-respiratoires

Chrystelle Tixier
Ecole d'Ingénieur en Génie Informatique et Productique
Université de Valenciennes
Le Mont Houy
59313 Valenciennes Cedex 9

Eric Watelain
Laboratoire d'Automatique et de Mécanique Industrielles et Humaines
UMR CNRS, Université de Valenciennes
Le Mont Houy
59313 Valenciennes Cedex 9

Le projet consiste à réaliser une interface de gestion de circuit training pour patients atteints de troubles cardio pulmonaire. Le but est la création automatique d'une séance d'exercices propres à chaque patient en fonction de son état physique, du temps imparti et des résultats lors des séances précédentes.
La base de données contient également d'autres renseignements : ceux concernant le patient (nom, âge, pathologie, médecin traitant,… : Figure 1), une fiche du détail des exercices pour le personnel soignant (Figure 2), l'identité et la spécialité des thérapeutes référents du patient, le compte rendu des séances précédentes déjà réalisées par le patient.

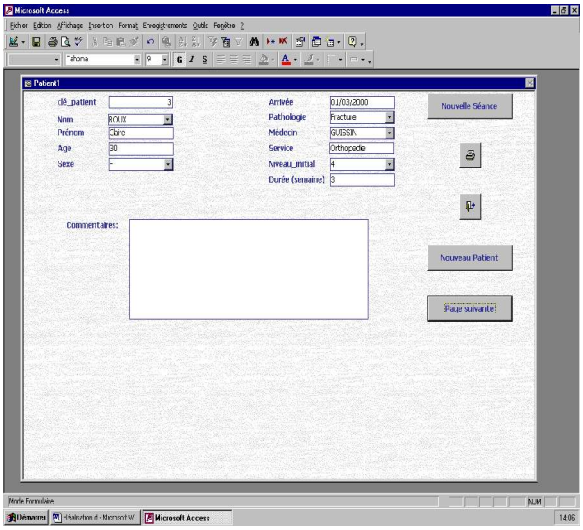


Fig 1 : Renseignements sur le patient

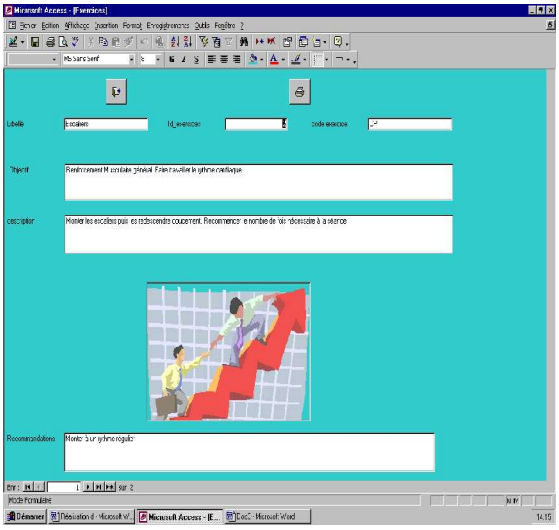


Fig 2 : Détail des exercices

Pour réaliser la fiche d'exercices, le programme tient compte en premier lieu des "caractéristiques" du patient et de l'évolution de sa pathologie. Les exercices sont également proposés en fonction de la présence ou non d'une thérapeute et du matériel disponible. Le patient rendra compte de la réalisation des exercices par un système très simple de notation et pourra y joindre des commentaires éventuels sur les difficultés rencontrées. Suivant le déroulement des séances, de son exécution par le patient et en fonction d'une progression régulière des exercices, le programme mis en place déterminera une difficulté croissante des séances. Des affichettes décrivant chaque exercice seront également disponibles et pourront être présentées à côté de chaque atelier. Le thérapeute assistant éventuellement le patient durant la séance pourra ainsi suivre en détail chaque exercice proposé.

Actuellement, la structure de base a été réalisée, il reste toutefois quelques sous-fonctions à compléter, à enrichir la base de données d'exercices et à la tester en situation.

L'insertion des personnes handicapées au VUC.

ROGER Perrine
Valenciennes Université Club, Le Mont Houy – 59313 VALENCIENNES CEDEX 9,
'03-27-51-12-45, vuc@univ-valenciennes.fr

Le VUC est un club omnisports qui compte dix sections parmi lesquelles l'aviron, le Badminton, la Balle au tambourin, la Boxe française, le Canoë-Kayak, l'Escalade, le Judo, la Gymnastique, le Tir à l'arc et le VUC Vacances (Centre de Loisir Sans Hébergement à dominante sportive). En sa qualité de club omnisports, il est ouvert à toute personne désireuse de pratiquer une activité physique et sportive : toute personne valide ou atteinte de handicap(s).

« Les titres et exploits réalisés par les sportifs français atteints d'un handicap, que ce soit lors de compétitions internationales ou des jeux paralympiques, rappellent au grand public que le sport est accessible à tous ».[1]

L'objet de cette présentation est donc de faire un « état des lieux » des sections du VUC accueillant dans ses structures des personnes handicapées. Pour cela, il faudra distinguer l'intégration présente ou ayant existé ; l'intégration occasionnelle sous forme de stage, et l'intégration permanente et inscrite dans le long terme.

I L'Intégration présente ou ayant existé

- Le tir à l'arc a accueilli pendant 2 ans un archer handicapé physique.
- Le VUC Vacances a accueilli une jeune fille de 12 ans mal voyante.
- Le Badminton a accueilli pendant 2 ans un adolescent de 15 ans, handicapé mental léger.
- La gymnastique accueille une petite de 5 ans, grande prématurée (5 ans).

II L'Intégration occasionnelle sous forme de stage

- L'escalade accueille ponctuellement de jeunes trisomiques légers entre 12 et 42 ans (surtout pendant les vacances).
- Le canoë-kayak a accueilli pendant une journée en juillet 1996, 5 jeunes handicapés moteurs et physiques.

III L'intégration permanente et inscrite dans le long terme : exemple de l'aviron.

Le club est en relation avec l'IME [2] de Denain depuis 1991. Depuis 10 ans, l'aviron sert de support d'intégration pour des enfants ayant des difficultés psychomotrices et des problèmes de compréhension.

Trois étapes pour un projet pédagogique :

- l'initiation à une activité sportive : l'aviron
- Le perfectionnement de cette activité sportive.
- La spécialisation et l'intégration des enfants dans le club.

L'initiation dépassée, en phase de perfectionnement, le but reste pour ces enfants d'être totalement intégrés (par exemple pour certains, se rendre en autonomie à la base de l'étang du vignoble).

Intérêt de pratiquer l'aviron pour ces enfants :
- Nécessité de savoir nager 50 m (motivation supplémentaire).
- Vaincre une certaine appréhension face à une étendue d'eau.
- Nécessité d'une concentration et d'une maîtrise de soi.
- Une activité qui développe leur résistance physique souvent limitée du fait de leur retard staturo-pondéral.
- Une activité qui favorise l'intégration et le respect d'un matériel collectif.

Aviron et orthographe : le vocabulaire et le rythme.
- L'activité engendre l'extension et la pratique d'un vocabulaire spécifique.
- Le défi sportif exige une compréhension rapide des consignes afin d'obtenir une meilleure performance.
- Marquer la cadence par une succession régulière de mouvements (balancement du corps de l'avant vers l'arrière).
- Rythme ponctué vocalement.
- Le rythme établi doit être respecté tout en étant capable de modifier la vitesse du mouvement.

Depuis 10 ans, que ce soit occasionnel ou permanent, le VUC intègre un public de personnes handicapées (physique, moteur ou mental) dans ses structures sportives.
Si certaines « opérations » ont périclité, d'autres initiatives sont en cours de réalisation (contacts avec l'escalade, la gymnastique et le tir à l'arc).
L'important reste que les associations ou les personnes handicapées qui viennent au VUC trouvent chez nous ce qu'elles recherchent, à savoir
- s'initier à une activité sportive,
- se perfectionner dans sa discipline,
- et surtout s'intégrer socialement …

Loi du 30 juin 1975, l'article 1 : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale…

A cette fin, l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés physiques aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans le cadre ordinaire de travail et de vie. »

1. *Revue EPS N° 275, Janvier/Février 1999*
2. *Institut Médico-Educatif, 431 route Oisy, 59220 DENAIN*

Création d'un centre transfrontalier de loisirs aériens accessible au plus grand nombre

Evelyne Schillers
Agent de développement CAM Val de Sambre, 1 place du pavillon, Maubeuge BP 234, 59603 Cedex

L'aérodrome de Maubeuge-Elesmes offre une plateforme aérienne dégagée à proximité immédiate de la Belgique, de l'agglomération Maubeugeoise et de l'Avesnois, zone verte classée Parc Naturel Régional.
Il occupe une place privilégiée dans l'espace aérien au nord de Paris, alors qu'en Belgique et dans un rayon de 150 km autour de Paris, l'aviation légère est soumise à de plus en plus de contraintes.
La vocation essentielle de l'aérodrome est axée sur les LOISIRS, LE TOURISME ET LES SPORTS AERIENS.

Cette vocation a été affirmée dans le projet de développement et de reprise de gestion de l'aérodrome, finalisé par la Communauté d'Agglomération de Maubeuge-Val de Sambre.
L'idée principale est de renforcer la plateforme sur son positionnement actuel pour la création d'un centre de loisirs aériens transfrontalier, en favorisant l'accès de ces activités au plus grand nombre et particulièrement aux personnes à mobilité réduite.

L'idée est partie des échanges que nous avions eu avec les associations présentes sur le site. En effet, huit associations sont présentes sur l'aérodrome et développent leurs activités : avions, planeurs, conducteurs amateurs, aéromodélisme, U.L.M., astronomie et parachutisme.

Elle a rejoint les préoccupations de la Communauté d'Agglomération, notamment de sa mission « santé » qui avait organisé des rencontres sur le handicap.
Enfin, elle a été confortée par l'opération pilotée par l'association des Paralysés de France pour labelliser, à l'échelle de l'arrondissement d'Avesnes, des équipements touristiques pour l'accueil des personnes à mobilité réduite.

L'accueil des personnes à mobilité réduite est envisagée de façon transversale, au niveau de l'hébergement, des équipements et de la pratique des activités avec un encadrement adapté.
En effet, il ne s'agit pas uniquement d'équiper un avion pour qu'une personne handicapée puisse apprendre à piloter. La réflexion doit porter sur l'accueil à tous les niveaux, de définir en préalable au programme d'investissements prévu sur l'aérodrome, un cahier des charges spécifique à respecter pour à terme labelliser le site dans l'objectif d'un rayonnement international.

Dans un deuxième temps, nous souhaitons que la réflexion s'étende à d'autres équipements de loisirs présents dans le Val de Sambre, de façon à pouvoir proposer des séjours plus complets pour les personnes handicapées.

La personne handicapée est considérée comme un client à part entière. Il convient de définir ses besoins et ses attentes, mais aussi et surtout de cibler au mieux cette clientèle, savoir comment dimensionner le projet, par exemple pour le centre d'hébergement où il est prévu 60 lits. Prévoir l'ensemble des équipements et des personnels d'accueil nécessaires, sans en faire un aérodrome pour personnes handicapées !

Le projet consiste à favoriser l'accès au plus grand nombre. Et, tout comme les activités qui doivent être orientées vers des pratiques « tout temps », pour compenser les conditions climatiques qui sont défavorables hors saison , l'accueil des personnes à mobilité réduite permettrait de répondre à des besoins non satisfaits, mais également d'élargir les clientèles et donc de rentabiliser au mieux les investissements.

Enfin, en conclusion, nous pensons créer un groupe de travail spécifique sur cette question, dans lequel il y aura un représentant des usagers déjà présents sur le site. Ceci est primordial si nous voulons que la personne handicapée soit bien accueillie, sans oublier que les activités aériennes sont dispensées par les associations présentes à l'aérodrome de Maubeuge-Elesmes.

Des activites physiques pour les enfants hospitalises ?

Félicie Louf[1], Eric Watelain[2], Docteur Debray[3]
[1] Etudiante en Maîtrise STAPS, Université de Valenciennes.
[2] LAMIH et FSMS, Université de Valenciennes.
[3] Chef du Service de Pédiatrie du CH de Valenciennes.

Introduction

Ce projet consiste à réfléchir à l'intérêt potentiel de proposer des activités physiques et sportives aux enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital de Valenciennes et à en assurer la réalisation. Il a été initié en janvier 2001 avec des enfants de 3 à 15 ans.

Reflexion

Tous les enfants autres que ceux qui subissent une intervention chirurgicale peuvent être concernés après examen et autorisation médicale.

Les principales pathologies rencontrées peuvent être classées en trois catégories :
1> *Les maladies infantiles classiques* : angines, gastros, grippes, otites…qui généralement ne présentent pas de contre indication à l'exception d'effort très intense ou en blocage physiologique.
2> *Les problèmes psychosomatiques* rencontrés essentiellement chez les adolescents. Il n'y a pas non plus de contre indication majeure pour ces enfants à l'exception des enfants anorexiques qui ne sont pas autorisés à pratiquer en raison de l'aggravation de la perte de poids qui pourrait être occasionnée par l'activité.
3> *Les maladies chroniques* comme le diabète et la mucoviscidose par exemple, plus particulièrement présentent dans le service et pour lesquelles l'activité physique est bien souvent recommandée dans le cadre de la prise en charge de ces patients.

Ces 3 catégories renvoient aux 3 principaux objectifs médicaux du projet :
1> Ré-entraîner le corps à l'effort. L'activité physique permet en effet de "remettre en route" un corps affaibli et maintenir un certain niveau fonctionnel ainsi que contribuer à une hygiène de vie pour les plus longues hospitalisations.
2> Permettre au patient de s'insérer socialement et psychologiquement dans le milieu hospitalier. Cet objectif est bien évidemment valable pour toutes les pathologies mais prend toute son importance avec les adolescents en « mal être » qui peuvent souvent trouver dans l'activité une façon d'exprimer, d'extérioriser toutes leurs angoisses et leurs souffrances.
3> Utiliser l'activité physique contre la maladie : pratique régulièrement et de façon raisonnée l'activité physique permet à un grand nombre de patients de mieux appréhender, supporter, leur maladie…

A ces trois objectifs majeurs, s'ajoute d'autres intérêts de la pratique d'activités physiques :
Entretenir une relation sociale avec les enfants et entre les enfants par un intervenant non médical ou paramédical qui permet ainsi de décontextualiser temporairement la prise en charge et souvent en facilite la reprise.
Dédramatiser l'hospitalisation et la rendre plus agréable.
Participer au soutien psychologique en permettant aux enfants de se réconcilier avec leur corps qui bien souvent leur « fait mal » et ainsi de le réinvestir.

Conclusion

En définitive, l'apport des activités physiques et sportives dans un service de pédiatrie est conséquent mais de nombreux problèmes matériels et organisationnels sont à résoudre pour pouvoir en assurer la mise en œuvre. L'expérience menée permet cependant d'en confirmer la faisabilité et confirme l'intérêt de poursuivre l'action menée.

"Mode d'emploi" de l'intégration en EPS d'enfants handicapés moteur dans le secondaire

Sabine Thorel
Professeur d'EPS, Lycée de l'Escaut, 7 avenue de Saint Amand, 59305 Valenciennes

Cette étude va traiter des adaptations nécessaires qui vont permettre l'intégration des jeunes handicapés physiques en cours d'EPS.
Notre questionnement a été de chercher quels sont les paramètres sur lesquels nous allons pouvoir jouer. Selon les APS et les handicapés, il existe une différenciation de l'intégration (exemple type d'un élève IMC hémiplégique).

1. DANSE

L'intégration pour cette élève dans cette APS n'est possible que par le choix de situations appropriées, que tous vont pouvoir réaliser.
Compétences à acquérir : - accepter le regard d'autrui
- passer à des relations interpersonnelles servant un projet d'esthétique.
- passer d'un travail d'écoute à un apport personnel dans une production collective.

Pour atteindre les objectifs suivants : - La prise en compte par tous les élèves de tous les élèves implique de se servir des différences pour créer une production authentique.
- Appropriation d'un code culturel commun : la danse contemporaine qui suppose une pluralité des moyens d'intervention et non pas l'appropriation d'un style.
- Construire le regard du spectateur implique changer les représentations des élèves à propos de ce qui est « beau ». Il s'agit de ce qui va émouvoir au sens des images fortes ou traces laissées dans la mémoire du spectateur.

Temps de la vidéo : 1 minute : intégration réussie.

2. LA GYMNASTIQUE

Il s'agit ici de jouer sur les situations différentes pour atteindre les mêmes objectifs. Les critères observés, enseignés et évalués sont les mêmes, par contre les indicateurs sont différents.
Compétences à acquérir : - savoir piloter son corps dans l'espace
- savoir maîtriser la prise de risques
- assumer sa silhouette gymnique devant un groupe

Pour atteindre les objectifs : - prise de risque objective.
- capacité à combiner entre eux des éléments pour aboutir à un enchaînement ce qui
implique qu'il faut avoir un projet de réalisation (voie vers l'autonomie et la responsabilité).

Problèmes rencontrés : Nadia est souvent isolée :
- pour des problèmes de sécurité
- par la représentation qu'elle se fait de la gymnastique (manque de vécu corporel
en situation d'adaptation)
- gène de passer devant les autres

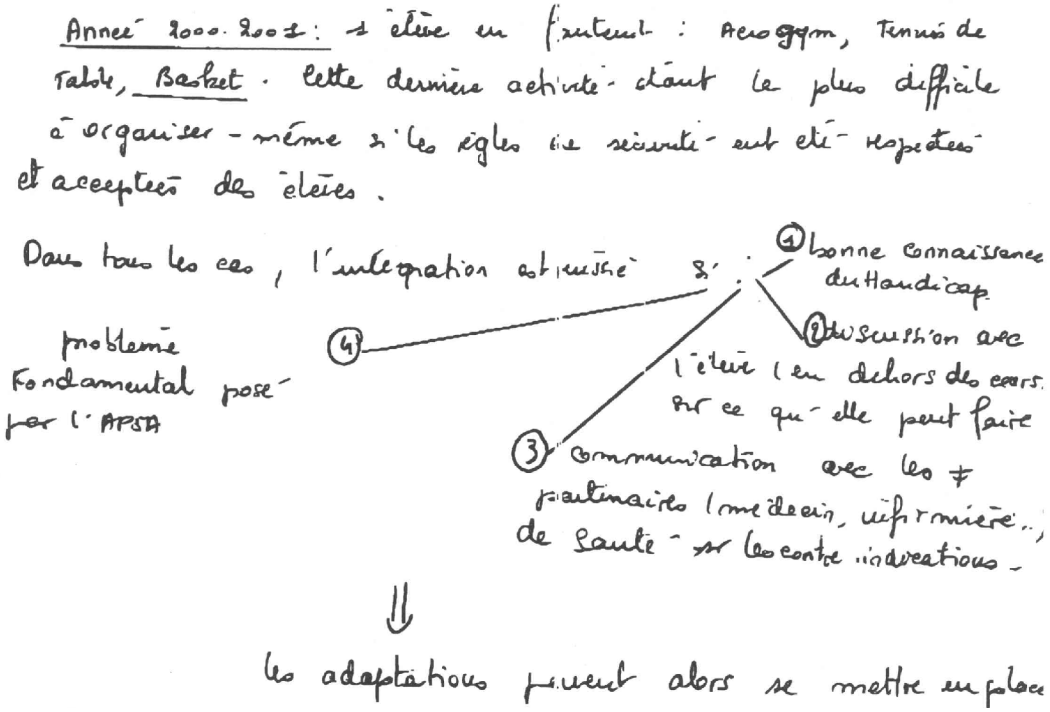
3. LA NATATION SYNCHRONISEE

Les situations sont identiques (à complexifier pour les meilleurs résultats valides ou handicapés en rajoutant un chronomètre par exemple)
Evaluation commune avec coefficients pondérateurs réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise de STAPS : Activités physiques adaptées. Titre : Natation synchronisée : un outil d'intégration (1993)

Année 2000-2001 : un élève en fauteuil : Acrogym, Tennis de table, Basket. Cette dernière activité étant la plus difficile à organiser même si les règles de sécurité ont été respectées et acceptées des élèves.

Dans tous les cas, l'intégration est réussie si (figure 1) :
1) bonne connaissance du handicap
2) discussion avec l'élève (en dehors des cours) sur ce qu'elle peut faire
3) communication avec les différents partenaires (médecin, infirmière, …) de santé sur les contre-indications.
4) problème fondamental posé par l'APSA

=>ê Les adaptations peuvent alors se mettre en place.


Année 2000-2001 : 1 élève en fauteuil : Acrogym, Tennis de table, Basket. Cette dernière activité étant la plus difficile à organiser - même si les règles de sécurité ont été respectées et acceptées des élèves.
Dans tous les cas, l'intégration est réussie si :
1) bonne connaissance du Handicap
2) discussion avec l'élève (en dehors des cours) sur ce qu'elle peut faire
3) communication avec les + partenaires (médecin, infirmière...) de santé - sur les contre-indications -
4) problème Fondamental posé par l'APSA
Les adaptations peuvent alors se mettre en place

Mise en place d'activités sportives Au sein du service de rééducation de l'hôpital de valenciennes

Dastot C., Maîtrise STAPS, Professeur des Ecoles
Eric Watelain, FSMS, Université de Valenciennes

Introduction

De plus en plus souvent, dans les centres de rééducation, l'initiation et la pratique d'activités physiques et sportives occupent une place importante parmi les moyens de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et l'on peut parfois parler de « sport-thérapie » comme on parle de kinésithérapie ou d'ergothérapie. PIERA & PAILLER. (1996).
L'hôpital de Valenciennes ne reste pas en marge et expérimente au sein de son service de rééducation l'initiation aux activités sportives, cette expérience qui vous est ici présentée à été initiée à l'occasion d'un stage professionnel de maîtrise.

La structure d'accueil

Le centre hospitalier de Valenciennes se compose de neuf structures de soins ou d'hébergement réparties dans l'agglomération valenciennoise. Le service de rééducation fonctionnelle se situe au Pavillon Fournier sur le site Desandrouin. Il est constitué de trente lits et est dirigé par le Docteur Bleuse.

Le public concerné

Les patients ont rejoint le Pavillon Fournier suite à une opération ou une hospitalisation, ils ont été transférés dans le service pour effectuer leur rééducation, ces personnes sont le plus souvent atteintes de déficit hémicorporel, de paraplégie, de sclérose en plaques, de traumatisme du genou ou de la hanche…
Un quart des patients du service, sélectionnés par les médecins, se voient proposer en complément de leur rééducation des activités sportives.
Le public rencontré est volontaire et hétérogène aussi bien au niveau de l'âge que des possibilités physiques et du vécu sportif.

Les installations et le matériel

L'équipement du service est classique mais complet et permet tous les types de rééducation.
Une salle polyvalente récemment rénovée est mise à disposition pour la pratique des activités sportives. Un investissement dans du matériel sportif a été effectué pour permettre la pratique du badminton, du tennis de table et du basket.
Une séance hebdomadaire d'une heure dans chaque activité est mise en place le jeudi après midi. Dans le cadre de l'école du dos, regroupant des personnes souffrant de douleurs lombaires, une heure de taï chi shan est proposée une fois par mois.

La démarche pédagogique

La pratique des activités sportives permet aux patients de sortir de leur chambre et en coordination avec les divers intervenants de restructurer l'image du corps et maintenir l'estime de soi.
Le but est avant tout fonctionnel et l'on s'en tient le plus souvent à une initiation. Il ne s'agit pas de faire des champions, le séjour est trop court(…), mais de leur montrer qu'ils peuvent encore pratiquer, leur faire découvrir des activités sportives et leur donner le goût de continuer à pratiquer.

Bibliographie

PIERA JB & PAILLER D. Handicapés physiques et sport. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris) Kinésithérapie-rééducation fonctionnelle, 16-155-A-10, 1996 16p.

Remerciements :
- Au centre hospitalier de Valenciennes.
- A l'équipe médicale et au personnel du service de rééducation fonctionnelle du Pavillon Fournier.
- Aux patients.
- Au Docteur Corinne Démoutiez.

Les APA au centre ELAN de l'Hôpital de Wattrelos

Guillaume Duvivier[1], Eric Watelain[2] & Gilles Kémoun[3]

[1] Professeur d'EPS, Hôpital de Wattrelos

[2] LAMIH & FSMS, Université de Valenciennes, Ancien professeur d'EPS de l'Hôpital de Wattrelos

[3] Chef de Service du Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnel ELAN, Hôpital de Wattrelos

Le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ELAN de l'hôpital a été crée en 1996 et accueille 23 patients en hospitalisation conventionnelle et 14 en hôpital de jour. Dès sa première année d'ouverture (1996), un professeur d'Education Physique et Sportive a été intégré dans l'équipe du personnel soignant.

L'esprit dans lequel sont réalisées les activités physiques et sportives est de procéder à une distinction entre l'action des kinésithérapeutes et celles des moniteurs d'EPS ou encore des psychomotriciens, tout comme elle existe entre les différentes actions médicales et paramédicales. Par contre, il s'agit bien d'une action en *étroite concertation* et d'une intégration de l'EPS à la prise en charge thérapeutique des patients. Il ne s'agit pas uniquement d'apprendre ou de réapprendre *autrement* mais surtout d'apprendre ou de réapprendre *autre chose*. Ceci, même si les finalités à plus longs termes sont bien évidemment identiques.

Les représentations véhiculées par le sport peuvent être un frein chez des patients fortement déconditionnés ou au contraire une motivation importante. Dans tous les cas, la décontextualisation qu'elle engendre facilite le retour à des activités plus purement rééducatives. Enfin, il faut se garder ne pas dériver vers une logique sportive qui ne nous semble pas avoir une place systématique dans une structure hospitalière. Par contre, il est important de rester sur des contenus directement *réinvestissables* à court, moyen et long termes dans la vie de tous les jours, en faisant intégralement partie d'une logique de rééducation et de réadaptation fonctionnelle : sécurité, autonomie, qualité de vie.

Concrètement il s'agit par la pratique :

* d'apprendre ou de réapprendre la nécessité et les plaisirs que l'on peut avoir à s'entretenir physiquement et pour cela en donner les moyens => Apprendre à gérer sa vie physique d'adulte.
* Découvrir ou redécouvrir ses potentialités physiques, ses limites mais aussi les bases de son propre fonctionnement et surtout qu'une pratique physique est toujours possible si elle est adaptée=> Se connaître.
* Acquérir ou réacquérir une culture générale de bases des activités physiques et du sport => Connaître les activités physiques et le sport.
* Améliorer ses propres capacités physiques, motrices, stratégiques => Progresser.

Les principales activités proposées sont : l'aquagym, et les jeux de ballon aquatiques (type basket aquatique), le renforcement musculaire avec appareils de musculation (voire la musculation pour certains), le stretching et les circuits training appliqués (dominantes d'ateliers dérivés d'activités de la vie de tous les jours type lever de chaise, monter d'escalier, déplacement d'objets sur une étagère…).

Handicap et activités à sensation

Daniel Cluze

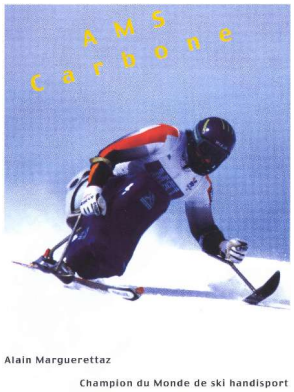
CDRD, Quartier des Sablières, 38840 Saint-Lattier

Cette présentation à pour objet de faire découvrir trois structures qui favorisent les activités à sensations pour personnes atteintes de déficience(s) ou de handicap(s) et plus particulièrement trois d'entres-elles : Ski, parapente et randonnée pédestre à l'aide la Joëlette.

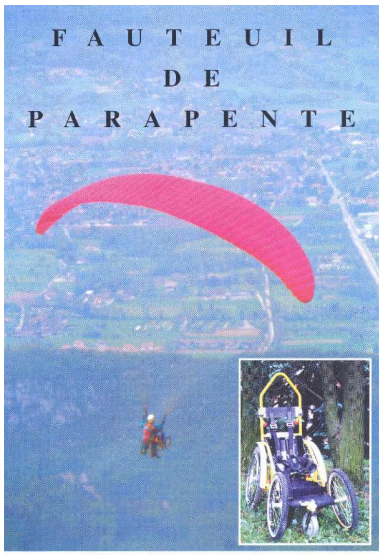
Association HANDICAP
Galerie Commerciale d'Aime 2000
73210 AIME LA PLAGNE
☎ 04 79 09 13 80
🖷 04 79 09 15 51

Handi Cap Evasion
Clo Simone Vincent
Chemin de la Creuzette
69270 FONTAINE SUR SAONE
☎ 🖷 04 78 22 71 02
hce.free.fr

CDRD
Quartier des Sablières
38840 Saint-Lattier
☎ 04 76 64 50 00
🖷 04 76 64 30 68



Le ski en loisir ou en compétition



Le parapente et la randonnée pédestre (y compris en montagne)

Textes panneaux CDRD

Matériel de sport et de loisir adapté : C.D.R.D.
Quartier des Sablières - 38840 Saint - Lattier (France)
Tél. 33 (0)4 76 64 50 00 - Fax : 33 (0)4 76 64 30 68 - e-mail : daniel.cluze@libertysurf.fr

Pano 1 / entreprise
Depuis 5 ans,
CDRD, le spécialiste
du matériel de sport
et de loisir adapté,
met son expertise et ses
ressources de recherche et développement au service des pratiquants des sports et des loisirs adaptés.
En concevant avec eux et pour eux des produits exclusifs, novateurs, fiables et simples d'utilisation, CDRD œuvre à sa façon au développement du sport et du loisir adapté.
En partenariat étroit avec les acteurs associatifs, la gamme de matériel CDRD vous permet de retrouver tous les plaisirs du
loisir et du sport,

Le loisir et le sport, tout simplement

<u>Pano 2/ GMS et AMS</u>
La neige qui craque,
le vent qui file sur les joues...
…la glisse, quoi.
Et le bonheur de vivre
ces moments-là.

du ski, tout simplement

<u>Pano 3/Joelette</u>
La nature toute entière,
de la promenade
à la randonnée…
et le plaisir
d'être ensemble.

la nature, tout simplement

<u>Pano 4/ sitt'n Fly ou Seat and Fly</u>
Les nuages tout autour
suspendu dans les airs…
voler comme un oiseau,
et se sentir libre.

en l'air, tout simplement

Coordonnées
Matériel de sport et de loisir adapté
C.D.R.D.
Quartier des Sablières - 38840 Saint - Lattier (France)
Tél. 33 (0)4 76 64 50 00 - Fax : 33 (0)4 76 64 30 68 - e-mail : daniel.cluze@libertysurf.fr

Communications scientifiques

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes, **11 mai 2001

Equilibre et entrainement des seniors dements et chuteurs.

TOULOTTE C.[1], FABRE C.[1], DANGREMONT B.[2], THEVENON A.[2]

[1] Laboratoire d'Etudes de la Motricité Humaine, Université de Lille 2, Faculté des sciences du sport et de l'éducation physique et sportive, 9 rue de l'université, 59790 RONCHIN.
[2] Hôpital gériatrique Les Bateliers, LILLE.

INTRODUCTION :

Le nombre de chutes augmente avec l'âge à cause d'une modification de la marche et d'un équilibre précaire ce qui peut entraîner un état de morbidité voire le décès de la personne. L'entraînement de la personne âgée non chuteuse améliore l'équilibre. Aucune étude, à notre connaissance, n'a étudié la possibilité de stimuler la fonction d'équilibration par un entraînement physique chez des personnes âgées chuteuses, déconditionnées et démentes.

L'objectif de cette étude a été de proposer un entraînement stimulant la fonction d'équilibration chez des sujets déconditionnés, dépendants, déments et chuteurs afin d'augmenter leur autonomie.

MATERIEL et METHODES :

20 sujets âgés de 81,4±4,7 ans chuteurs, déments et placés en institution ont participé à l'étude. Ils étaient capables de marcher au moins 10 mètres avec ou sans aide.

Deux groupes de sujets ont été déterminés : un groupe témoin (GT) qui n'a bénéficié d'aucune forme d'entraînement et un groupe entraîné (GE). L'ensemble des sujets a passé les tests suivants : le « get up and go » (Podsiadlo and Richardson, 1991), le « chair sit and reach » (Jones et al., 1998), la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres (Bohannon, 1987), un test sur plate-forme de posturographie (association française de Posturologie).

Un entraînement, dans l'institution, a été proposé à un groupe de 10 sujets durant 16 semaines à raison de 2 séances de 45 minutes par semaine. Il comprenait 5 thèmes principaux : le renforcement musculaire, la proprioception, la souplesse, l'équilibre statique et dynamique.

Les résultats seront exprimés par les moyennes et les erreurs standards sur la moyenne (m±SEM). Un *t* de Student pour échantillon indépendant a été utilisé pour vérifier l'homogénéité des deux groupes (âge, poids, M.M.S.). Une analyse de variance à deux voies à mesures répétées a été réalisée pour comparer les différents tests entre les groupes.

RESULTATS :

Avant entraînement, il n'existe pas de différence significative entre le GT et le GE au niveau des données anthropométriques et des différents tests expérimentaux.

Après entraînement, aucune évolution n'a été constatée pour le GT ; par contre, le GE a augmenté la vitesse de marche, la souplesse et l'équilibre statique ($p<0,05$). De plus, le GE n'a pas rechuté contrairement au GT où 6 nouvelles chutes ont été répertoriées.

DISCUSSION et CONCLUSION :

Le GE a présenté une amélioration de la souplesse des membres inférieurs ainsi qu'une amélioration de la force musculaire ce qui a pour conséquence une augmentation de la vitesse de marche et de l'équilibre statique ainsi qu'une diminution des facteurs prédictifs de chutes. En effet, Gehlsen et Whaley (1990) ont démontré que la diminution de la force musculaire et de la souplesse sont des facteurs prédictifs de chute.

En conclusion, l'amélioration de la fonction d'équilibration est possible chez des personnes âgées chuteuses et démentes, ceci étant confirmé par l'absence de nouvelles chutes pour le groupe entraîné.

Bohannon R.W. Gait performance of hemiparetic strike patients. Arch.Physi.Med.Rehabil. 1987; 6: pp.771-781.
Gehlsen G.M., Whaley M.H. Falls in elderly. Arch.Phys Med.Rehabil. 1990: pp.739-741.
Jones C.J., Rikli R.E., Max J., Noffal G. The reliability and validity of a chair sit and reach test as a mesure of hamstring flexibility in older adults. Res.Q.Exerc.Sport. 1998 ; 69 : pp.338-343.
Podsiadlo D., Richardson S. The timed "up and go". J.Am.Geriatr.Soc. 1991; 39: pp.142-148.

Perception et intensité physiologique de l'effort chez des patients dyspnéiques

G Kemoun[1], E Watelain[2], M Jobard[3]

[1] Elan : service de rééducation polyvalente et de réentraînement à l'effort, CH de Wattrelos - 59
[2] Faculté des Sciences et des métiers du sport, Université de Valenciennes - 59
[3] Maîtrise STAPS, Moniteur de Sport

Introduction : Le réentraînement à l'effort est une part importante des objectifs des programmes de rééducation des patients atteints de troubles respiratoires. L'effort physique est ressenti comme pénible voire impossible pour ce type de patient, rendant la rééducation délicate. La fréquence cardiaque (FC) est un bon indicateur de l'intensité de l'effort[1] et les activités aquatiques un moyen privilégié en rééducation[2]. L'objet de cette étude est de comparer le ressenti psychologique et l'intensité physiologique de l'effort lors de différentes activités de rééducation proposées au centre Elan de Wattrelos.

Protocole & Méthode : Un suivi de FC a été réalisé sur 12 patients souffrant de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive et 4 témoins sains jeunes et sportifs, lors d'une journée de rééducation et la nuit (N) qui a suivi, en début et en fin de protocole. Les activités de la journée étaient : kinésithérapie respiratoire (KR), spirométrie incitative (SI), endurance sur cycloergomètre (E) et aquagym (AG) collective réalisée par un enseignant d'éducation physique et sportive. De même, un questionnaire, spécialement conçu, a été utilisé afin d'apprécier le ressenti psychologique de l'effort des différentes activités de la journée.

Résultats : Les histogrammes de fréquences montrent des valeurs de FC similaires (9 sujets) ou supérieures (3 sujets) en AG, comparée aux autres activités. Les questionnaires montrent une perception de l'effort plus positive et un ressenti de l'intensité inférieur en AG. Les mêmes résultats sont obtenus en début et en fin de protocole de rééducation (Tableau 1).

	KR	E	SI	AG	N
Patients	92±14	93±10	87±11	95±12	72±6
Témoin	70±6	83±7	75±6	93±9	49±5

Tableau 1 : Fréquence cardiaque moyenne lors des différentes activités.

Discussion & Conclusion : Il est intéressant de constater que l'AG conduit à des intensités physiologiques d'effort égales ou supérieures aux autres activités pour un ressenti psychologique moins important. Cela représente donc un moyen essentiel de reconditionnement et d'adhésion aux programmes de réhabilitation.

[1] *McArdle WD, F Katch & V Katch (1989)* Ed. Vigot, Paris, 536p
[2] *Koury JM & M Joanne (1996)* Ed. Human Kinetics, Champaign, 280p

Les effets de la pratique sportive sur le vieillissement des processus de coïncidence temporelle: Compensation ou préservation ?

R. Lobjois, N. Benguigui, J. Bertsch.
Centre de Recherches en Sciences du Sport, Université Paris-Sud, Orsay, France.

L'étude du vieillissement psychologique est généralement abordée selon une perspective déficitaire. L'objectif est d'identifier les origines et d'expliquer les dégradations qui apparaissent avec l'âge. Une fois précisée la nature de ces dégradations, il est alors possible de définir différentes formes et natures d'intervention permettant d'en limiter l'étendue ou d'y remédier totalement.
Cependant, en parallèle de cette version déficitaire, l'âge peut aussi être considéré comme un facteur favorisant le développement de l'expérience (Marquié, 1995). Cette seconde perspective dans la façon d'aborder les effets de l'âge soulève une double question: malgré le phénomène de vieillissement, l'âge, garant de l'accumulation d'une grande quantité de pratique, ne fait-il pas des experts, synonyme de limite ou de retard dans l'apparition des déclins ? Et dans ce cas, qu'est-ce qui fonde un tel maintien de performance ? Y répondre nécessite l'examen de la relation subtile qui unit deux facteurs à dynamique opposée, les effets négatifs du vieillissement et bénéfiques de l'expérience. Pour cela, il convient d'envisager la (les) modalité(s) d'intervention de l'expérience sur le phénomène de vieillissement, en opérationnalisant différentes hypothèses explicatives des effets atténuateurs de l'expérience, et plus particulièrement les hypothèses de compensation (Salthouse, 1984) et de préservation (Marquié, 1997). Cette perspective vise à rechercher comment certains individus âgés mais entraînés dans une activité particulière parviennent à maintenir un niveau de fonctionnement élevé. A terme, ce type d'étude devrait permettre de développer des programmes de réhabilitation ciblant les processus et mécanismes davantage sensibles aux effets de l'expérience et de la pratique qu'à ceux du vieillissement.
C'est à partir de ce fondement théorique que nous avons étudié les effets de la relation entre vieillissement et pratique sportive sur les processus de coïncidence temporelle. Soixante sujets, répartis en 6 groupes selon leur âge (20-30, 60-70 et 70-80 ans) et leur niveau de pratique (Joueurs de tennis et non-joueurs), ont participé aux différentes expérimentations, consistant, à partir d'un simulateur de déplacement, à synchroniser une réponse simple (appuyer sur un contacteur manuel) avec l'arrivée d'un mobile au point terminal de sa trajectoire. Dans une première expérience, nous avons pu montrer que les sujets âgés pratiquants maintenaient des performances identiques aux sujets jeunes pendant que les sujets âgés non-pratiquants voyaient leurs performances se dégrader. Par la suite, l'objectif a été d'identifier, à partir d'expérimentations testant les différents processus reconnus dans la littérature comme intervenant dans ce type de tâche, les processus restés fonctionnels avec la pratique afin de déterminer l'origine du maintien des performances avec l'âge. Les résultats obtenus permettent de différencier les hypothèses de préservation et de compensation et de préciser la nature des effets de la pratique.

Marquié, J-C. (1995). Changements cognitifs, contraintes de travail, et expérience: Les marges de manœuvre du travailleur vieillissant. In J-C. Marquié, D. Paumes & S. Volkoff (Eds.), *Le travail au fil de l'âge* (pp. 211-244), Toulouse: Editions Octarès.
Marquié, J-C. (1997). Vieillissement cognitif et expérience: l'hypothèse de la préservation. *Psychologie Française*, *42*, 333-344.
Salthouse, T.A. (1984). Effects of age and skill in typing. *Journal of Experimental Psychology: General*, *113*, 345-371.

Détermination et Comparaison de l'intensité de l'effort fournis par des cavaliers handicapés mentaux et des cavaliers de club.

de la Rebiere de Pouyade Diane. Etudiante en Maîtrise STAPS & Eric Watelain FSMS
59313 Valenciennes cedex 09

Introduction

L'équitation adaptée est définie comme étant tout type d'activités équestres pratiquées par des personnes handicapées physiques ou mentales. On s'attachera plus particulièrement aux personnes handicapées mentales légères (classification de Eberhard).

Certains cavaliers pratiquant cette discipline participent à des championnats handicheval, et passent les premiers examens fédéraux. Mais les enseignants d'équitation observent que ces cavaliers ne progressent pas aussi vite que les personnes dites « normales ». La pratique de l'équitation demande un travail tonique global (fait fonctionner presque trois cents muscles). On peut alors se demander si des facteurs physiologiques (comme l'activité cardiaque) participent à cette limitation. De nombreuses recherches ont été effectuées sur l'activité cardiaque de cavaliers de hauts niveaux (instructeurs,...) [Westerling-1983 ; Bauvinet et al –1996]. Peu d'études ont été réalisées sur des cavaliers handicapés, des cavaliers de niveaux moyens ou débutants. Il est donc intéressant de quantifier et de comparer l'intensité des différents exercices de la leçon afin de définir des séances plus adaptées aux personnes handicapées.

Matériel et méthode

La population étudiée est composée de six sujets handicapés mentaux travaillant dans un C.A.T (Centre d'Aide par le Travail) et de six sujets « normaux ». Ces sujets sont sélectionnés en fonction de critères d'inclusion/ exclusion strictes. L'expérience se déroule dans un manège de 40*20 mètres. Chaque sujet va vivre une reprise comprenant les différentes allures. Les mesures seront prises à l'aide de cardio-fréquences mètres de type POLAR. Les variables étudiées sont : La fréquence cardiaque (FC) de repos ; la FC maximale (à l'aide du test navette) et la FC lors de la reprise.

Résultats et discussion

D'une façon générale, on remarque que les sujets « normaux » ont une amplitude de fréquence plus élevée que chez les sujets handicapés. Cela peut s'expliquer par le fait que ces derniers travaillant dans une ferme (travail manuel) et auraient donc une meilleure condition physique. Une deuxième hypothèse plus vraisemblable peut être proposée : les cavaliers de clubs auraient plus d'appréhension (notamment à l'obstacle). Dans un deuxième temps, on observe que contrairement aux cavaliers de club, les cavaliers handicapés sont moins sollicités au trot assis sans étriers qu'au trot enlevé. En revanche, on constate une même réaction à l'obstacle ; plus la barre monte, plus l'amplitude de fréquence est grande.

Conclusion

Il semble alors que la fréquence cardiaque n'est pas un facteur limitant dans la pratique de l'équitation adaptée. Mais, le nombre de sujets étant restreint (trois pour chaque catégorie), les résultats obtenus sont difficilement généralisables. Cependant, ils permettent de donner de nouvelles orientations dans cette recherche (anxiété, appréciation du danger…).

Bibliographie

1) B.AUVINET , C.COURREAU, and P.GALLOUX : welfare of sport horses : rôle of the rider -1996

2) WESTERLING.D : A study of physical demands in riding –1983

3) Y. ERBERHARD. Mieux connaître les personnes handicapées mentales. In revue EPS n°269 – janvier février 1998.

Activité physique et diabète

N. Rouget[1], E. Mauclaire[1], A Dupont[1], Dr Donzé[1], Dr Delecourt[2] & Pr Debroucker[2]

1. Service de Réadaptation Fonctionnelle, hôpital St Philibert
2. Hôpital de jour, St Philibert

Introduction

Ce travail présente les résultats d'une enquête réalisée auprès de patients diabétiques ayant participé à une journée d'éducation en hôpital de jour, au cours de laquelle est proposée une prise en charge de groupe pluridisciplinaire. Les séances proposées à des groupes de sujets homogènes combine une information théorique et des exercices pratiques insistant sur l'intérêt du maintien d'une activité physique adaptée dans la prise en charge de cette pathologie.

Objectifs

Les objectifs de ce travail sont donc d'évaluer :

- les modifications éventuelles du comportement des sujets vis à vis de l'activité physique,
- la pertinence de proposer des groupes homogènes d'entraînement physique.

Méthodologie

La population est constituée de 87 patients suivis en journée d'information sur le diabète en hôpital de jour. L'investigation par questionnaire à été choisie afin d'assurer l'anonymat complet.

Résultats

Les questionnaires ont été retournés à 58,62% (51 réponses).
Les principaux résultats sont que :

- 86% des sujets ont compris l'intérêt de l'activité physique dans la prise en charge de leur pathologie,
- 57% des sujets ont modifié de façon bénéfique leur comportement depuis la journée d'information,
- 51% des sujets ont débuté une activité régulière depuis la journée d'information,
- 47% des sujets souhaitent intégrer un groupe d'entraînement gymnique spécifique.

Conclusion

Les modifications de comportement observées chez les sujets montrent d'ors et déjà l'intérêt de ce type de journée d'éducation. Il reste cependant à montrer l'effet effectif de ces modifications de comportement sur les troubles du sujet et sur sa qualité de vie. Près de la moitié des sujets exprime le souhait d'intégrer un groupe d'entraînement gymnique spécifique et amène à se poser la question de la mise en place de telles activités au sein du service. Ces résultats restent cependant à confirmer sur une population plus hétérogène et quantitativement plus importante.

Eléments de comparaison des performances nageurs valides vs. nageurs handisports

Watelain Eric
Faculté des Sciences et des Métiers du Sport,
Université de Valenciennes, Le Mont Houy, 59300 Valenciennes

Introduction

Les performances en natation sportives valides et handisports sont très différentes et ces dernières sont largement dépendantes de la catégorie, elles-mêmes dépendantes du handicap. En effet, en natation 13 catégories permettent de ne faire concourir entre-eux que des nageurs dont le handicap a un retentissement similaire sur la performance. Cependant, on peut s'interroger sur la réelle différence de performance présentée par le chronomètre qui ne tient pas compte du handicap. L'objet de ce travail est d'apporter quelques éléments permettant de comparer les performances réalisées par des sujets sains de niveaux variés avec et sans handicap. Un, 2 ou 3 entraînements en situation de handicap ont été réalisés afin de prendre en compte également les effets de l'entraînement. Ces résultats préliminaires doivent permettre de mieux appréhender la comparaison des performances de haut niveau valide et handisport.

Protocole et méthode

La population est constituée de 50 nageurs de 18 à 35 ans 25 hommes et 25 femmes. Ces nageurs ont un niveau de performance varié (26''1 à 58''9 au 50 NL départ dans l'eau). Les nageurs ont réalisé un 50 NL, 50 NL avec un bras attaché le long du corps, et 50 NL avec les jambes attachéss (ondulations interdites et sans poussée sur le mur…) dans un ordre aléatoire. Certains nageurs ont réalisé plusieurs fois les tests avec préalablement différentes quantités d'entraînement. Ainsi quarante nageurs ont réalisé les tests sans familiarisation avec le handicap, 36 ont eu un entraînement, 20 deux et 12 trois, avant de réaliser les tests. Un maximum de deux nageurs ont été évalué simultanément pour pouvoir vérifier visuellement l'absence d'aide (godilles de la main pour le handicap un, par exemple, ou poussée sur le mur avec les jambes pour le 2). Le faible nombre de nageurs dans certains cas (hommes après trois entraînements par exemple) n'a pas toujours permis de réaliser un traitement statistique des données. Lorsque celui-ci a été possible $p<0.05$ a été utilisé comme seuil de significativité. De même, les performances moyennes entre hommes et femmes ainsi que sans familiarisation, avec 1, 2 et 3 entraînements ont été comparées afin de tester l'homogénéité des groupes.

Résultats

	Sans familiarisation		Après 1 entraînement		Après 2 entraînements		Après 3 entraînements	
	Hom (19)	Fem (21)	Hom (16)	Fem (20)	Hom (11)	Fem (9)	Hom (7)	Fem (5)
-1B	24±3	38,5±5	18,4±9,2	33,9±2	19,4±13,6	23,8±7,8	18,9±9,8	23,5±8,1
-2J	96,4±34	88,8±18	81,8±18,8	63±11,7	56±5,9	40±14,2	55±4,9	38±12,6

Augmentation de la performance en pourcentage avec le handicap
(-1B : un membre supérieur attaché ; -2B : 2 membres inférieurs attachés)

Discussion

Les effectifs parfois faibles ne permettent pas toujours un traitement statistique satisfaisant. Cependant, les performances entre hommes et femmes ainsi qu'entre sans entraînement ou avec 1 ou 2 entraînements montrent que dans 4 cas les groupes ne sont pas homogènes. Toutefois, différents éléments semblent se dégager. Le premier est que les hommes semblent plus affectés par la perte des jambes que les femmes alors que la perte d'un bras semble plus défavoriser les femmes. Les masses musculaires plus importantes chez l'homme au niveau des jambes ainsi que la force musculaire plus importante chez l'homme est vraisemblablement à l'origine de ces résultats. Le deuxième élément est que l'effet d'entraînement semble plus important chez la femme que chez l'homme. Globalement on peut retenir qu'avec 1 à 3 entraînements l'effet de la perte d'un bras entraîne une augmentation moyenne de la performance de 25,9% et celle des jambes de 62%. Cependant, il ne faut pas oublier deux éléments importants : l'atrophie musculaire et la durée de l'entraînement avec un handicap est relativement réduite dans notre étude. De plus, le même travail est en cours sur le 400m NL et si les tendances qui semblent se dégager sont relativement similaires, l'augmentation de la performance est presque deux fois plus importante…

Retour d'expériences

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes, **11 mai 2001

Quand haute performance rime avec intimité : Le Triathlon handisport

Olivier Desmet, champion du monde de triathlon, ASSHV Valenciennes

Le triathlon c'est un sport mais trois disciplines : Natation, vélo et course et par conséquent un grand champion dans une discipline ne fait pas un grand tri athlète (…)

A l'heure actuelle le triathlon handisport n'est ni reconnu par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, ni par le Comité Olympique et Sportif. Donc il n'existe pas de statut d'athlète de haut niveau ! ce qui implique beaucoup moins d'aides et de lignes de budget que pour les sports "Officialisés".

Pourtant des athlètes de haut niveau en triathlon handisport s'entraînent avec autant de rigueur et d'ascétisme que les athlètes valides. Ils ne sont certes pas nombreux, mais ils existent bel et bien. Si les raisons de ce décalage sont plus ou moins acceptables, il n'est pas question de "jalouser" ou de "dénigrer" qui que soit mais plutôt de montrer que le triathlon est accessible à tous et comparer les performances et le nombre de pratiquants valides et handisports. En effet, ce sont les mêmes motivations qui animent tous ceux qui vont au bout d'eux mêmes pour le plaisir de ce sport.

Si les disciplines sportives pour personnes handicapées reconnues (18 disciplines paralympiques officiels) intègrent le plus souvent la notion de handicap minimum et multiplient donc le nombre de participants et de titres paralympiques, ce n'est pas encore le cas du triathlon. Ainsi par exemple, 13 catégories en natation (S1 à S13 et même S14 pour les IMC) il n'y a (a ma connaissance) que 5 catégories reconnues officiellement pour le triathlon : MI (membre inférieur), MS (membre supérieur), NV (non voyant), P (poliomyélite), PARA (paraplégie).

Il n'y a pas de recensement officiel des triathlètes handisports dans le monde. Le plus souvent, une manifestation mondiale compte en moyenne 20 à 30 participants tous handicaps confondus pour une dizaine voire 15 nations représentées. L'ouverture de nouvelles catégories et la présence de la discipline aux jeux paralympiques nous paraît être une notion indispensable pour faire évoluer cette jeune discipline. En effet, tous les triathlètes handisports, espèrent connaître à leur tour l'Olympisme en 2004 à Athènes…

Si l'on regarde de plus près ce sport pour des athlètes avec ou sans handicap, ou encore si l'on compare avec d'autres disciplines (natation, cyclisme, course à pied) on constate vite qu'il s'agit bien de haut niveau.

En triathlon handisport, le caractère "extérieur" ou "nature" de cette discipline font que rien n'est figé et que deux épreuves ne sont pas strictement comparables (vent, dénivelé, nombre de participants…).

Cependant, si nous sommes en décalage avec les athlètes valides, nos performances (sans drafting) sont pourtant de plus en plus remarquables. Par exemple, pour le triathlon courte distance (1500 natation, 40 km à vélo et 10 km à pied) parmi les meilleurs performances actuelles :
En NV : Tim Reddish 2h07 (Angleterre) et Ched Town 2h38 à Perth en 1997,
En PARA : John Mac Lean 2h38 (Australie) à Perth en 1997,
En MS : Olivier Desmet (France) 2h17 à Montréal et 2h25 à Perth en 2000,
En MI : Paul Martins 2h29 (USA) ou Rivaldo Martins 2h14 (Brésil) à Perth en 1997,
En P : Schille Jean Michel (France) 2h19 à Montréal 1H48 (avec drafting) et 2h40 à Perth en 2000,
Avec les meilleurs triathloniens valides qui tournent en 1h44, 1h45 à Perth en 1997 et 1h48 (avec drafting) en 2000…

Pour le longue distance (4km de natation, 120 km à vélo et 30 km de course à pied) 8h11 pour Dominique Benassi et Olivier Desmet… à Nice en 1997 contre un peu moins de 6h (sans drafting pour les deux).

Le Relais Handicap à l'Université de Valenciennes

MINISINI Chantal

Relais Handicap, Université de Valenciennes, le Mont Houy, 59313 Valenciennes Cedex 9

Le Relais handicap de l'UVHC a pour première mission l'accueil des étudiants handicapés, pour les accompagner dans leurs démarches administratives, pédagogiques ou d'aide à la vie quotidienne et bien évidemment dans les pratiques physiques et sportives.

Le mot relais marque la présence au sein de l'Université d'une structure spécifique, non pour se substituer à tout ce qui existe en dehors, mais bien pour rendre présent cet existant et l'adapter à la scolarité d'un étudiant atteint de déficience(s) ou de handicap(s). Nous tendons à améliorer cet accueil pour une insertion normalisée dans tous les domaines qui touchent à la vie étudiante :

- enseignements adaptés,
- accès facilités,
- restauration,
- logement,
- insertion professionnelle,
- transports,
- vie associative,
- vie sportive.

C'est toute une équipe qui se fédère pour ces tâches, le relais n'en est que la plaque tournante administrative.

Dès l'inscription, à la demande de l'étudiant et sur avis médical, il est tout à fait possible d'obtenir des aides personnalisées aux études, chaque cas faisant l'objet de décisions particulières : besoin de matériel ergonomique, tutorat pédagogique, temps supplémentaire pour les examens, voire secrétariat pour rédiger…

Même si nous n'avons pas la réponse à toutes situations posant problème pour ces étudiants, les demandes nous aident également à mieux penser notre action et à améliorer nos équipements.

L'accessibilité des locaux a été améliorée mais il reste beaucoup à faire. Dans les locaux récents les problèmes sont résolus ; quant aux bâtiments anciens, ils sont vus par plusieurs services pour être rendus accessibles. Le relais handicap, met par exemple à la disposition de ceux qui le demandent des cartes de parking et des clés d'ascenseur.

C'est cette synergie que nous voulons développer et comme dans beaucoup de domaines, nous essayons de ne pas trop devancer la demande, toujours spécifique, au risque d'être inapproprié aux besoins particuliers de chaque personne atteintes de déficience(s) et de handicap(s). Par exemple nous aimerions mettre en place une banque de la voix, mais l'absence de demande nous amène à nous poser la question de l'utilité d'un tel système à l'UVHC…

Enfin, il est nécessaire de donner les coordonnées des assistantes sociales qui sont aussi l'écoute des étudiants : Madame CHAARA, ☎ 03.27.51.10.12 et Mademoiselle FLAMENT, ☎ 03.27.28.39.60.

L'A.S.H.H.V. : vers l'autonomie par le sport

Marie-Thérèse GRISELAIN
Présidente, *03 27 29 51 91*

L'**A**ssociation **S**portive des **H**andicapés du **H**ainaut **V**alenciennes a été créée en 1974 à l'initiative du Rotary Club de Valenciennes et est parrainée par celui-ci.

L'A.S.H.H.V s'est donné comme objectif pour la personne handicapée physique "la conquête de l'autonomie par la pratique sportive". Sortir, s'exercer, rencontrer, agir ensemble, se dépasser, se confronter, gagner, c'est être au monde… totalement, dans toutes les dimensions affective, psychologique, et sociale.

L'Association s'implique dans la vie associative ; elle est organisatrice de manifestations qui ont changé le regard des valides sur la personne handicapée.

1981 : Relais natation, solidarité, handicapés, - 1 500 nageurs
1985 : Championnats de France de natation handisport
1994 : 20ème anniversaire "courir pour une fleur" - 4 000 coureurs
1998 : Championnats de France de tennis de table handisport

Cela a permis quelques aménagements spéciaux et l'acquisition de gros matériels qui facilitent aujourd'hui l'accessibilité de lieux publics à tous (lève-bain de la piscine, par exemple)

106 licenciés en 2000 pratiquent : la natation, le tennis de table, le basket en fauteuil roulant, le tir à la cible et pour nos plus jeunes l'équitation et l'athlétisme. Les disciplines handisports tennis de table et tir à la cible sont intégrées dans des clubs valides.

L'Association Sportive des handicapés du Hainaut Valenciennes crée en 1982 l'Association Socio-culturelle des Jeunes Handicapés Physiques du Hainaut Valenciennes. Son originalité et son efficacité résident dans le fait qu'une grande souplesse préside à la constitution d'un Comité de réflexions qui se penche sur les problèmes et les besoins des personnes handicapées physiques de l'arrondissement de Valenciennes.

Ce comité a généré :

1982 : Création de l'Association Socio-culturelle des jeunes adultes handicapés physiques du Hainaut Valenciennes. Les besoins : un lieu d'écoute, d'accueil pour se retrouver, pour partager, et être conseillé dans les diverses démarches administratives.
1988 : Constat de l'emploi, un Comité se met en place : CCI, Patronat, un architecte, un médecin, un enseignant, un représentant de l'association Socio-Culturelle.
1992 : Création de Prométhée Hainaut Cambrésis, pour l'insertion professionnelle.
1997 : Constat du problème de la recherche du logement adapté, un Comité se crée avec des représentants bailleurs.
2000 : Création d'ALPHA : Accès - Adapation du logement des personnes Handicapées Physiques.

En projet : Il existe des besoins urgents dans la Région Nord. L'enfant handicapé intégré en milieu scolaire ordinaire ne bénéficie pas d'Auxiliaire d'Intégration Scolaire pour l'accompagner dans son autonomie scolaire. La prochaine étape pour l'ensemble des partenaires sera la création d'un **Comité Scolaire** et la mise en place des moyens de remédiation nécessaire.

Comparaison des préparations valide vs handisport au championnat d'Europe

S. Paillette, 3 finales au JO de Sydney Handisport, Natation
LUC, Lille

Je voudrais aborder un point concernant l'entraînement des personnes handicapées. J'ai effectué une petite étude comparative de planification de l'entraînement pour des championnats d'Europe. Cette étude avait pour but de voir s'il y avait une différence de préparation entre personnes valides et une personnes handicapées. Le niveau de préparation a été mesuré à travers la baisse de la charge de travail. J'ai donc hiérarchisé les différentes compétitions de la saison en niveau de priorité en mettant les championnats d'Europe comme objectif principal de la saison. J'ai ensuite mesuré le nombre de semaines où la charge de travail baissait avant chaque compétition. Je me suis ainsi aperçu qu'il y avait un niveau de préparation spécifique suivant le niveau de compétition que se soit chez la personne valide ou la personne handicapée. Le nombre de semaine de baisse de la charge est bien entendu plus important pour les championnats d'Europe. On peut présupposer que les mêmes principes d'entraînement prévalent en milieu valide et en milieu handisport si le handicap n'est pas trop élevé et voir ainsi de plus en plus de personnes handicapées s'entraîner dans des clubs valides. On peut en effet trouver dans les clubs valides un entraînement rationnel et individuel ou en petit groupe qui est une des clauses de réussite au plus haut niveau, ceci ne pouvant se faire que dans des structures adaptées.

1er journée thématique sur les Activités Physiques Adaptées

Autisme et activités physiques d'expression

Hervez Luc

Metteur en scène, Centre Régional de théâtre,
Association QUANTA, Ferme petit près, Villeneuve d'Asq

F**aculté des **S**ciences et des **M**étiers du **S**port, Université de Valenciennes, **11 mai 2001

Place des activités adaptées dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de la Rougeville

Isabelle Violau
Centre de rééducation La Rougeville, Saint Saulve

Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle de Saint Saulve accueille essentiellement des personnes atteintes de traumatismes orthopédiques ou de traumatismes du sport.

Mon intervention en tant que Professeur d'Education Physique et Sportive au sein de cet établissement se situe essentiellement auprès d'un public en hospitalisation de jour, qui rassemble plus particulièrement des personnes ayant subis une ligamento-plastie (LCA) ou une opération de la coiffe ou des polytraumatismes (fractures), mais aussi des patients lombalgiques.

Ma fonction est d'animer des séances collectives d'EPS au sein du gymnase. Les activités proposées sont le renforcement musculaire et les étirements.

Mon rôle est également d'évaluer les progrès des patients sur le plan de leur condition physique.

Enfin une grande partie de mon travail concerne la balnéothérapie. En piscine, aquagym et différents jeux sont pratiqués.

Retour d'expérience d'un sportif de haut niveau en natation handisport

Sylvain PAILLETTE, Section Handisport du LUC, 59000 Lille

Etudiant en DEA en sciences de l'information et de la communication avec comme thème de recherche « la médiatisation des Jeux Paralympiques » sur la base d'un corps audiovisuel depuis 1960 jusqu'aux Jeux Paralympiques de Sydney aux-quels j'ai participé.

Je voudrais dans un premier temps m'excuser de ne pas être parmi vous mais je suis retenu à Istres pour les championnats de France de natation universitaires.

Je voudrais dans mon témoignage aborder dans une première partie ma scolarité qui a été faite dans le système scolaire classique. Puis dans second temps évoquer ma carrière sportive qui s'est, elle aussi, déroulée dans un milieu valide sur plusieurs niveaux.

Dès l'âge de trois ans j'ai été scolarisé en école maternelle « normale » et je n'ai depuis plus quitté le système scolaire valide mais bien sûr avec quelques adaptations. En primaires, les adaptations ne se sont faites que pendant les cours d'éducation physique : pendant les sports collectifs j'effectuais le rôle d'arbitre avec le maître d'école. Et pendant les séances de footing ou de course je partais avec mes camarades et restais sur place avec le maître. Je participais à travers la comptabilisation des tours par exemple. En fait, j'avais rarement un rôle d'acteur participant dans l'activité, mais plus un rôle de spectateur.

A mon arrivée en collège d'autres problèmes sont apparus en dehors de ceux des cours d'EPS, il fallait que l'établissement soit accessible ou de plain pied. Car mon handicap des membres inférieurs et mon déplacement en béquilles limitent les montées d'escalier plusieurs fois par jours. Je suis donc allé à un établissement situé à 10 kilomètres de chez moi. Ce collège était équipé d'un ascenseur. Les professeurs nous faisaient changer le moins souvent possible de salle. Pour ce qui était des cours d'EPS, ils s'effectuaient avec quelques adaptations de la part du professeur et de moi-même en lui disant ce que je pouvais faire.

Les problèmes au lycée ont été du même ordre qu'au collège mis à part pour les cours d'EPS car nous choisissions nos APS parmi trois proposées. Je m'arrangeais avec les professeurs pour qu'il y en ait toujours une à laquelle je puisse participer activement en tant qu'élève et non en tant qu'arbitre ou spectateur.

Je suis rentré après mon BAC à la Faculté des Sciences du Sport et de l'Education Physique de Lille 2. Mon choix de cette fac a été orienté par le fait qu'il y avait eu auparavant l'accueil de deux personnes handicapées. Les seuls petits problèmes rencontrés ont été qu'il y avait beaucoup de sports pratiqués et que je ne pouvais pas tous les faire et y être évalué. Je ne pouvais pas pratiquer certains sports avec les étudiants de ma promotion, comme par exemple le football ou le rugby. Il a donc fallu trouver des solutions. Par exemple, en football je n'étais évalué que sur un dossier sur les séances du cycle et idem en rugby. D'autres problèmes sont apparus en athlétisme car sur deux années universitaires nous avions : saut en longueur, saut en hauteur, haies… ce qui me posait quelques problèmes techniques, car je pratiquais en fauteuil. Nous avons donc dû avec l'enseignant trouver des solutions d'évaluation en faisant d'autres épreuves ; par exemple sur 100 m au lieu du 100m haies, avec un barème en relation avec le record de France.

Les solutions se sont aussi trouvées d'elles-mêmes avec les étudiants et les enseignants avec un peu de bon sens.

Parallèlement à ce cursus scolaire j'ai essayé de mener une carrière sportive. Ma carrière a commencé dans un club handisport au Havre, mais le club étant situé à trente kilomètres de chez moi. Je me suis rapproché du club valide à quelques kilomètres où j'ai appris à nager. Je me suis donc entraîné pendant deux ans dans ce club puis je suis allé dans un club un peu plus grand à Fécamp où j'ai commencé à faire des compétitions valides en même temps que les compétitions Handisport. A l'époque je m'entraînais trois fois par semaine.

Je me suis ensuite rendu sur Lille pour mes études. J'ai donc dû dans une région où je ne connaissais personne trouver un club pour m'entraîner. Le LUC (Lille Université Club) de par sa proximité avec la fac m'a semblé la meilleure solution. J'ai donc rencontré Michel Sidney : entraîneur du LUC natation qui est également enseignant à la fac. L'accueil d'une personne handicapée ne posant pas de problème dans un premier temps à condition que je m'intègre dans les lignes d'eau. C'est à dire que je ne sois pas une gêne pour les autres nageurs et que je ne sois pas gêné. J'ai pu avec ce club participer à des compétitions avec toutes les personnes valides de mon groupe d'entraînement et aller jusqu'au niveau régional même si je ne remplissais pas les critères de sélection. Le club avec les dirigeants du comité régional de natation valide ont d'un commun accord accepté que je participe à ces compétitions sans payer d'amende pour dépassement de temps. Toutes ces compétitions en valide m'ont permis de mieux m'intégrer dans le club et de faire plus de compétitions que les six compétitions annuelles prévues en handisport. Cela m'a aussi permis de pouvoir sur toutes les courses me mesurer à des adversaires qui faisaient les mêmes temps que moi. Ceci me paraît très important car généralement en handisport il y a des grosses différences de niveaux de pratique. On n'a pas toujours des adversaires équivalents sauf au niveau international et donc il faut s'y préparer et les compétitions valides sont en cela une aide.

Au niveau du club, j'ai participé pendant cinq ans à tous les stages du club en bénéficiant de toutes les structures du club : salle de musculation, créneaux du midi, créneaux du soir en fait comme un sportif de haut niveau digne de ce nom. Même si pendant trois ans j'étais aussi dans un autre club pour ma licence handisport mais il était convenu que je m'entraînais dans mon club valide. Mais depuis deux ans nous avons créé une section au sein du LUC, une section handisport qui regroupe administrativement tous les licenciés des différentes sections du LUC mais les entraînements se déroulent dans les sections d'appartenances des sportifs handicapés. Cette section dont je suis le président actuellement se développe progressivement avec l'accueil de personnes handicapées dans les 40 sections du club, et permet de regrouper les différentes actions pour la recherche de fonds financier et de formation spécifique des éducateurs qui le désirent.

SYLVAIN PAILLETTE

ETAT CIVIL

Situation de famille : célibataire
Nationalité : française
Âge : 24 ans
Né le 13 mars 1977 à Fécamp

PALMARES SPORTIF

Multiple champion de France de natation Handisport depuis 1989 (100m brasse et 100m dos en 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000).

Double vice champion d'Europe en natation Handisport en 1997 (100m dos et 100m brasse), et vice champion d'Europe 1999 sur 100m brasse et troisième sur 100m dos.
Vice champion du Monde (100m brasse) et troisième (100m dos) en natation Handisport en 1998.
5ème (100m brasse) et 6ème (100m dos) jeux paralympiques de Sydney.
Champion de France 1997 par équipe et deuxième en individuel en haltérophilie Handisport.
Champion de France 1998 en Polo catégorie junior en valide.

OBJECTIFS

Sportifs : reconversion comme entraîneur au LUC natation.

Professionnels : troisième cycle en sciences de l'information et de la communication.

DIPLOMES

Scolaires :BAC obtenu en 1995 série S.

DEUG STAPS obtenu en 1997 mention assez bien.
Licence STAPS option entraînement sportif mention assez bien.
Maîtrise STAPS mention entraînement sportif mention assez bien.

Autres : Brevet d'état d'éducateur sportif 1er degré Handisport en 1999.

DIVERS

Communication orale : « bilan d'image presse » lors des deuxièmes journées spécialisées de natation à Liévin en décembre 1999.
Président de la section Handisport au Lille Université Club (LUC).
Conseiller technique fédéral régional handisport en Natation depuis 1997.
Entraînement : deux fois par semaine plus un en musculation.

EDUCATEURS MEDICO-SPORTIFS au SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES

F. LAURYNS & S. OLIVIER R. BRESSON

Pathologies Endocriniennes - Diabète - Lipides - Nutrition - Obésités

SECRETARIAT : 03.27.99.61.38 TELECOPIE : 03.27.99.62.74 HOSPITALISATIONS : 03.27.99.61.39
e-mail : regis.bresson@ch-douai.fr dany.hallant@ch-douai.fr diabetologie@ch-douai.fr

Centre Hospitalier de Douai
Route de Cambrai
BP n° 740
59507 DOUAI CEDEX

Depuis Mai 2000, le Centre Hospitalier de Douai compte parmi son personnel deux éducateurs médico-sportifs. Ces derniers sont des acteurs des activités physiques adaptées puisqu'ils prennent en charge les patients atteints de maladies chroniques (diabétiques, insuffisants cardiaques, insuffisants respiratoires, surpoids etc…) sur le plan de l'activité physique.

La prise en charge des patients consiste à leur faire pratiquer différentes activités adaptées (gymnastique douce, marche, vélo ergométrique, jeux collectifs, step).

Une telle prise en charge permet à la fois de :

- Renforcer leur autonomie quant à la pratique d'une activité physique.
- Favoriser une pratique régulière.

L'objectif de cette démarche étant de contribuer à la prévention des complications liées aux maladies chroniques.

Liste des Auteurs

Benguigui J.	RS 3
Bertsch. J.	RS 3
Bouron C.	RE 10
Bresson R.	RE 9
Carpentier R.	P 1
Chehjh M.	P 4
Cluze D.	P 17
Crepin V	P 5
Dairay C.	P 2
Dangremont B.	RS 1
Danjou T	P 5
Dastot C.	P 15
de la Rebière D.	RS 4
Debray	P 13
Debroucker	RS 5
Delebarre C.	INV 1
Delecourt	RS 5
Delplanque D.	P 2
Démoutiez C.	INV 2
Dewaele H.	INV 8
Desmet O.	RE 2
Dupont A.	RS 5
Duvivier G.	P16
Fabre C.	RS 1
Ghrislain M.T.	RE 4
Gibour B.	P 2
Gillot Delphine	P18
Guyot C.	INV 6
Hervez Luc	RE 6
Jobart M.	RS 2
Jocaille M	P 8
Kemoun G.	INV 5, P 16, RS 2
Lauryns F.	RE 9
Lefebvre D	P 8
Lobjois R.	RS 3
Louf F.	P 13
Mauclaire E.	RS 5
Minisini C.	RE 3
Nagel P.	INV 4
Olivier S.	RE 9
Paillette S.	RE 5, RE 8
Passavant E.	INV 3
Pecriaux M	P 9
Pilette J.	INV 1
Poidevin J.C.	INV 7
Potteau A	P 3
Rives Delphine	P 18
Roger P.	P 11, RE 1
Rouget N.	RS 5
Samain G.	P 6
Schillers E.	P 12
Schuller B	P 9
Thevenon A.	RE 10
Thorel S.	P 14
Tixier C.	P 10
Toulotte C.	RS 1
Tremerie M.	INV 7
Violau I.	RE 7
Visee E.	P 7
Visee R.	P 7
Watelain E.	INV 9, P 10, P 13, P15, P16, RS 2, RS 4, RS 6